



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 043

Dépression et troubles sexuels

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/03/2018

PAR

Mlle. **AIT BENLAASSEL Oumnia**

Née Le 19 Janvier 1990 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Trouble sexuel – Dysfonction sexuelle – Dépression – Antidépresseur

JURY

Mr. **H. ASMOUKI**

Professeur de Chirurgie Gynéco-Obstétrique

PRESIDENT

Mme. **F. ASRI**

Professeur de psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **A. BENALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. **I. ADALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

Mr. **O. GHOUNDALE**

Professeur agrégé de chirurgie Urologique

Mme. **M. KHOUCHANI**

Professeur agrégé de Radiothérapie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريتي
إني أتبت إليك و إني من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

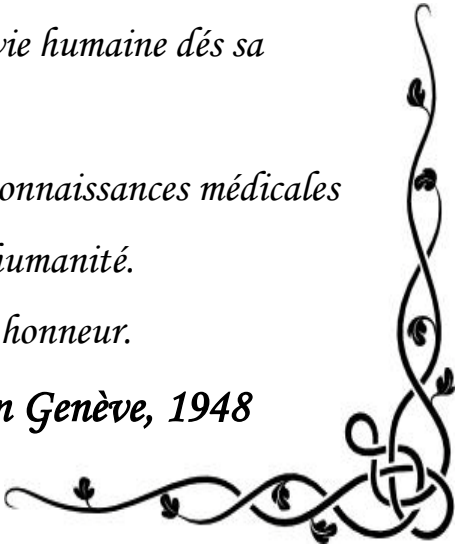
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto– rhino– laryngologie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADMOU Brahim	Immunologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato– orthopédie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale

BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
CHABAA Laila	Biochimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HADEF Rachid	Immunologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)

BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie– réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro– entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERHANE Hind	Pneumo– phtisiologie

EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	SORAA Nabila	Microbiologie – virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LALYA Issam	Radiothérapie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale

ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation

GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
Hammoune Nabil	Radiologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire
HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique		

LISTE ARRÊTÉE LE 05/10/2017



A MON CHÈRE PAPA :

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai pour toi.

Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie,

Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter, rien au monde ne valent tes efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien-être.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation, je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, et te protège de tout mal.

A MA CHÈRE MAMAN :

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

Ton amour inconditionnel, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

En ce jour mémorable, pour nous deux, qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime.

Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A MA CHÈRE SŒUR

*En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte
pour toi.*

*En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les
plus agréables moments.*

*Pour toute la complicité et l'entente qui nous unit, je te dédie ce travail
avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

A MON PETIT FRÈRE

*Mon cher petit frère présent dans tous mes moments de la vie par son
soutien moral et ses belles surprises sucrées.*

*Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de
sérénité.*

Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

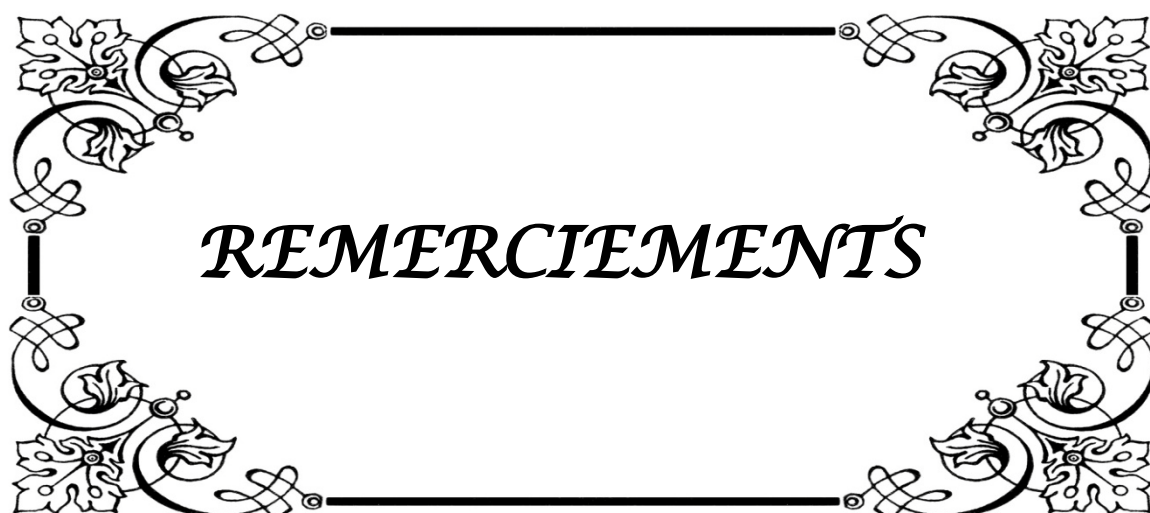
*Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie
aujourd'hui ma réussite.*

Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

A MES AMI (E) S

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs, frères et des amis
sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je
vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*



REMERCIEMENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMID ASMOKI
PROFESSEUR DE CHIRURGIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE
CHU MÈRE ET ENFANT

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

Veillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
PROFESSEUR FATIMA ASRI
PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE
DE PSYCHIATRIE
A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE
IBN NAFIS

Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans votre aide et votre encadrement exceptionnel.

Votre patience, rigueur et disponibilité durant notre préparation de cette thèse firent très chère à mon cœur.

J'espère être digne de la confiance que vous m'avez accordée et vous prie, chère Maître, de trouver ici le témoignage de mes sincères reconnaissances et profonde gratitude.

A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
PROFESSEUR OMAR GHOUNDALE
PROFESSEUR DE CHIRURGIE UROLOGIQUE
A L'HÔPITAL MILITAIRE
AVICENNE

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur.

Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR ABDESLAM BENALI
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE
A L'HÔPITAL MILITAIRE
AVICENNE

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre estimable participation dans l'élaboration de ce travail.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

MADAME IMANE ADALI

PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE

A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE

IBN NAFIS

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et notre
profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

PROFESSEUR MOUNA KHOUCHANI

PROFESSEUR DE RADIOTHERAPIE

A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE

MOHAMED VI

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi
notre jury de thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs
remerciements.*

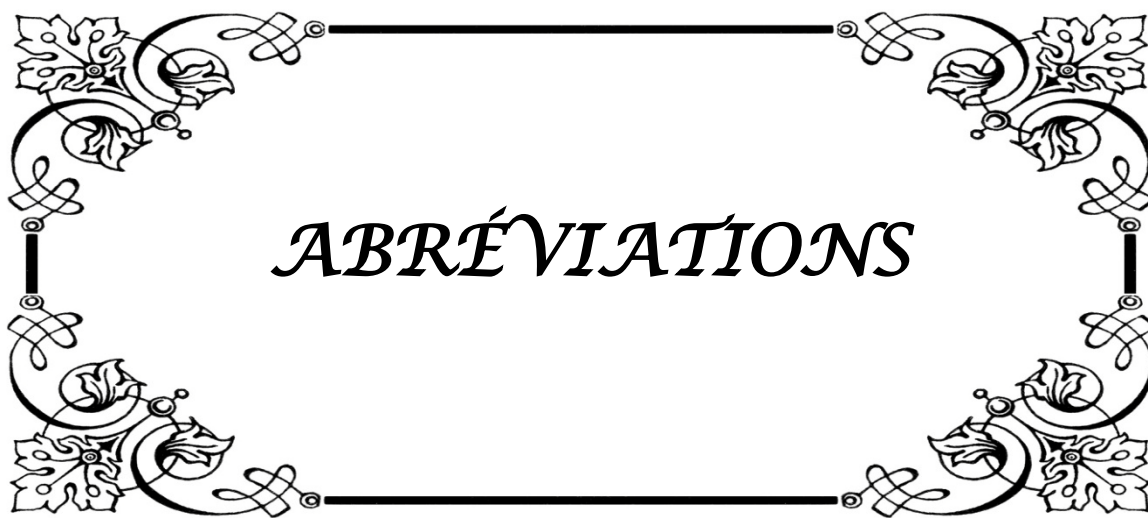
A MON MAÎTRE
PROFESSEUR LATÏFA ADARMOUCH
PROFESSEUR D'ÉPIDÉMIOLOGIE
A L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE
MOHAMED VI

Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans votre aide et votre encadrement exceptionnel, votre patience, et votre dévouement.

J'espère être digne de la confiance que vous m'avez accordée et vous prie, chère maître, de trouver ici le témoignage de mes sincères reconnaissances et profonde gratitude.

A DOCTEUR
JALAL EL OUADOUDI
RÉSIDENT DE PSYCHIATRIE
A L'HÔPITAL MILITAIRE
AVICENNE

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance. Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre. Nous prions, cher docteur, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations :

ASEX :	Arizona sexual experiences scale
ADT :	Antidépresseur
DSM :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EP :	Ejaculation précoce
FSFI :	Female Sexual Function Index
ISRS :	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
MSQH :	Male Sexual Health Questionnaire
OMS :	Organisation mondiale de la santé
TCC :	Thérapie comportemental et cognitive



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. TYPE D'ETUDE :	5
II. PATIENTS :	5
1. Critères d'inclusion:	5
2. Critères d'exclusion :	5
III. LE QUESTIONNAIRE :	6
IV. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :	8
V. CONSIDERATION ETHIQUE :	9
VI. METHODE STATISTIQUE :	9
RESULTATS	10
I. ANALYSE DESCRIPTIVE :	11
1. Les caractéristiques sociodémographiques des patients déprimés :	11
2. Etude de la dépression :	13
3. Etude des troubles sexuels:	15
II. ANALYSE B-IVARIEE :	25
1. La relation entre les troubles sexuels et les variables sociodémographiques :	25
2. La relation entre les troubles sexuels et la sévérité de la dépression :	26
3. La relation entre l'insatisfaction conjugale et la dépression :	26
4. La relation entre l'insatisfaction conjugale et les troubles sexuels :	27
DISCUSSION	31
I. GENARALITE SUR LA SEXUALITE :	32
1. L'évolution historique des connaissances sur la sexualité :	32
2. La physiologie normale de la sexualité :	33
3. Les troubles de la sexualité :	35
4. La relation entre la dysfonction sexuelle et la dépression :	44
II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS :	46
1. ANALYSE DESCRIPTIVE :	46
1.1 Les caractéristiques sociodémographiques des patients déprimés:	46
2.2 Etude des troubles sexuels:	48
2. ANALYSE BI-VARIEE :	59
2.1 La relation entre les troubles sexuels et les variables sociodémographiques :	59
2.2 La relation entre les troubles sexuels et la sévérité de la dépression :	60
2.3 La relation entre l'insatisfaction conjugale et la dépression :	61
2.4 La relation entre l'insatisfaction conjugale et les troubles sexuels :	61
III. LIMITES DE NOTRE ETUDE :	65
PRISE EN CHARGE :	66
I. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :	67

1. Traitement antidépresseur :	67
2. Traitement hormonal :	68
3. Traitement non hormonal :	69
II. TRAITEMENT PHYSIQUE :	73
III. TRAITEMENT PSYCHOTHERAPEUTIQUE :	73
IV. RECOMMANDATIONS:	78
CONCLUSION :	80
ANNEXES :	82
RESUMES :	102
BIBLIOGRAPHIE :	106



INTRODUCTION

La dépression chez l'adulte constitue un problème préoccupant de santé publique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), en 2020, elle devrait devenir la première cause de morbidité chez la femme et la deuxième chez l'homme (après les maladies cardiovasculaires). [1]

Au Maroc, cette maladie psychiatrique touche 34.3% de femme contre 20.4% d'homme. [2]

Un épisode dépressif peut survenir à tous les âges, du jeune enfant à la personne âgée.

Il multiplie par 30 le risque de suicide. Il s'agit d'un trouble récidivant : 50% des patients récidivent dans les 2 ans, et 75% récidivent à plus long terme. De plus on estime que 20% des patients souffrent de dépression chronique. [1]

Dans sa forme typique, la dépression peut être définie comme un trouble psychologique traduisant la rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur du patient, caractérisé par une baisse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur et cognitif associé à un ralentissement somatique. Cette maladie affecte gravement la qualité de vie de la personne. [3]

Depuis 1960, la surreprésentation des troubles sexuels dans la population dépressive par rapport à la population générale est connue avec des proportions de 70% et de 30% respectivement, proportions qui semblent rester stables dans les études plus récentes. [3]

Les troubles sexuels font partie intégrante de l'état dépressif. Ils touchent à la fois la libido et les conduites sexuelles. Ainsi, la dépression et les troubles sexuels ont un haut degré de comorbidité [6] [7].

La sexualité est longtemps restée du domaine de l'intimité, jugée digne du statut de motif de consultation, seulement, et encore comme cause de maladie ou d'échec masculin.

Les dyspareunies et autres douleurs féminines ont d'ailleurs mis d'avantage de temps pour avoir droit à l'intérêt et aux soins.

Dans un monde, où le droit est accessible à tous, la sexualité devient un devoir, avec obligation de moyen et de résultat et une exigence de performance. Ainsi, la sexualité est devenue un véritable problème de santé publique touchant plus de 150 millions d'individus dans le monde. [5]

L'existence de troubles sexuels, du fait de leur retentissement sur chacun des partenaires, a souvent des conséquences néfastes sur la vie de couple.

Les traitements antidépresseurs dans leur majorité ont des effets secondaires qui peuvent améliorer parfois le trouble sexuel ou l'aggraver (diminution de la libido, éjaculation tardive...). La méconnaissance de ces effets indésirables néfastes participe ainsi indirectement à la chronicité de certains troubles dépressifs par l'arrêt itératif du médicament, et aggrave la souffrance des patients et de leurs conjoints ou partenaires sexuels. [3] [4] [8] [9] [10] [11] [12]

Le repérage précoce des troubles sexuels et la prise en compte de la dynamique du couple constituent deux éléments majeurs de la prise en charge du patient déprimé.

Le retour à une vie sexuelle satisfaisante et d'une bonne santé doit faire partie des objectifs actuels du traitement des troubles dépressifs.

Les objectifs de notre travail sont :

- Déterminer le profil sociodémographique influençant la survenue de dépression.
- Déterminer la fréquence de survenue de trouble sexuel chez les patients déprimés interviewés en consultation de l'hôpital Ibn Nafis ainsi que l'hôpital militaire.
- Identifier les différents troubles sexuels qui existent dans notre échantillon de malades.
- La mise en évidence de la relation entre l'insatisfaction conjugale et la dysfonction sexuelle, ainsi son retentissement sur la qualité de vie du patient déprimé et de son partenaire.

*MATÉRIELS
ET
MÉTHODES*

I. TYPE D'ETUDE :

Notre étude est transversale à visé descriptive à propos de 58 cas, faite : au service universitaire psychiatrique IBN NAFIS et l'hôpital psychiatrique militaire AVICENNE, à Marrakech, sur une période de 6 mois allant de juin à novembre 2017.

II. PATIENTS :

Il s'agit d'un échantillon de 58 patients chez qui le diagnostic de dépression caractérisée typique est retenu selon les critères DSMV.

1. Les critères d'inclusion:

- Consentement après explication de l'étude et de ses objectifs.
- Sujets atteints de dépression caractérisée selon les critères du DSMV.

2. Les critères d'exclusion :

- Absence de consentement.
- Comorbidité de la dépression et autres troubles (troubles anxieux, troubles psychotiques...)
- Comorbidité de la dépression et la toxicomanie.
- Syndrome dépressif dû aux effets physiologiques d'un médicament non psychotique.
- Comorbidité de la dépression et d'une pathologie organique:

Sclérose en plaque, ischémie critique, diabète, hypothyroïdie, cushing, adénome à prolactine, insuffisance rénale terminale hémodialysée, adénome de prostate, cancer sous chimiothérapie, antécédent de chirurgie pelvienne

III. LE QUESTIONNAIRE :

Un questionnaire (voir annexe n°1) a été élaboré au niveau du service de psychiatrie (HOPITAL IBN NAFIS). Les questions ont été posées en français et expliquées aux malades non scolarisés en arabe dialectal. C'est un questionnaire divisé en 3 rubriques.

- 1^{re} rubrique: renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- 2^{ème} rubrique: contient 3 parties :
 - ✓ 1^{re} partie : confirmation de la dépression caractérisée isolée selon le DSMV.
 - ✓ 2^e partie : classification des patients selon la sévérité de leur dépression en utilisant l'échelle HAMILTHON (voir annexe n°2) contenant 17 questions la somme du score de chaque item donne une note qui permet de classer les patients en 3 groupes [17] :
 - dépression légère si le total des scores est compris entre 10 à 13.
 - dépression modérée si le total des scores est compris entre 14 à 17.
 - dépression sévère si le total des scores est supérieur à 18.
 - ✓ 3^e partie : renseigne sur la chronologie de l'apparition du trouble sexuel par rapport à la dépression.
- 3^e rubrique : renseigne sur l'existence ou non, d'un trouble sexuel d'origine psychique, contient 2 parties :
 - ✓ 1^{re} partie : élimination des troubles organiques à l'origine des troubles sexuels.
 - ✓ 2^e partie : la confirmation et l'identification des troubles sexuels en se basant sur 2 échelles chez l'homme (MSQH et ASEX version homme) et 2 échelles chez la femme (FSFI et ASEX version femme), qui nous ont permis d'établir un questionnaire à la fois simple, facile, abordable, complet et respectant le cycle de la physiologie de la sexualité.

1. MSHQ (male sexual health questionnaire) [13] [16].

MSHQ (voir annexe n°3) apparaît comme un excellent instrument permettant d'évaluer les dysfonctions sexuelles masculines dans leur ensemble et leur importance pour les patients.

Il est cependant un peu long (25 questions), et il est tout à fait possible dans la pratique de n'utiliser que les questions n'explorant qu'un seul domaine en fonction de la plainte du patient : (l'érection, l'éjaculation, l'orgasme, le désir, la satisfaction de l'homme vis-à-vis de sa sexualité).

Pour chaque domaine, une question permet d'évaluer la gêne liée à l'existence éventuelle d'un trouble.

2. ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) [3] [14].

L'échelle ASEX (voir annexe n°4) qui est une échelle auto ou hétéro évaluative par le clinicien, destinée à mesurer les 6 items spécifiques identifiés par la littérature comme le noyau élémentaire de la symptomatologie des troubles sexuels qui sont :

- Les pulsions sexuelles.
- L'excitation sexuelle.
- La dysfonction érectile pour l'ASEX version homme.
- Défaut de lubrification vaginale pour l'ASEX version femme.
- Facilité à atteindre l'orgasme.
- Satisfaction liée à l'orgasme.

Chaque item est évalué de façon bimodale et relativement non-intrusive sur 6 degrés allant d'un hyperfonctionnement (noté 1) à l'hypofonctionnement (noté 6).

Ainsi permet la détection et la quantification de la dysfonction sexuelle:

- Un score total ASEX supérieur ou égale à 18.
- Ou un score supérieur ou égal à 5 sur n'importe quel item.
- Ou n'importe quels 3 items avec un score supérieur ou égal à 4.

Sont indicateurs d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative.

3. **FSFI (Female Sexual Function Index)** [13] [15].

Le FSFI (voir annexe n°5) est un questionnaire créé afin d'évaluer les troubles sexuels chez la femme, comporte 19 questions qui recouvrent les domaines suivants :

○Le désir ○L'excitation ○La lubrification ○L'orgasme ○La satisfaction ○La douleur

Ainsi, le calcul du score FSFI permet de mettre la main sur l'existence d'une éventuelle dysfonction sexuelle quantifiée et ainsi que la nature de la dysfonction en se basant sur le coefficient donné pour chaque item. Le score total du FSFI est de 36.

Un score total de 26,55 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle.

Le tableau montre les différentes moyennes des scores et sous-score FSFI et scores extrêmes.

Tableau I: Méthode de calcul du score FSFI

Domaine	Questions	Score	coefficient	Score minimum	Score maximum
Désir	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitation	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrification	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasme	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfaction	14, 15, 16	0 ou (1) - 5	0,4	0,8	6
Douleur	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6

VI. LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE:

Le recueil des informations a fait suite à un entretien réalisé avec les patients se présentant à la consultation de l'Hôpital Ibn Nafis ou l'Hôpital Avicenne suite à leurs symptômes dépressifs ou pour suivi de leur dépression. Durant une période de 6 mois, ces patients ont été interrogés après leur accord avec explication du but de l'étude.

V. CONSIDERATIONS ETHIQUES:

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

VI. METHODE STATISTIQUE

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est SPSS 22.0.

Les analyses statistiques étaient réalisées en deux étapes:

- Descriptive: calcul des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives et calcul des fréquences et pourcentages pour les variables qualitatives.
- Bi-variée: consistant en la comparaison des pourcentages en utilisant les tests de Chi² ou le test exact de Fisher, le « P » est considéré comme positif si il est inférieur à 0,05.



RÉSULTATS

I. ANALYSE DESCRIPTIVE :

1. Les caractéristiques sociodémographiques des patients déprimés.

1.1 Sexe.

La majorité des patients de notre échantillon (58 patients) était de sexe féminin (58,6%).

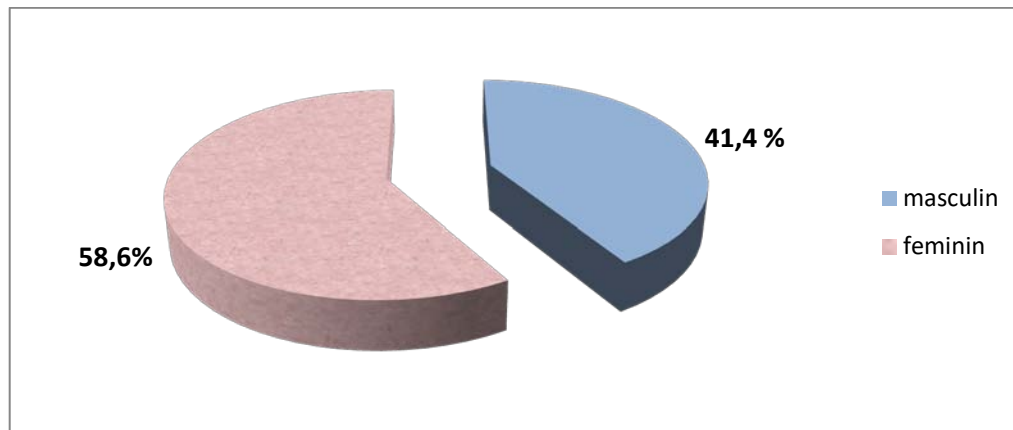


Figure 1 : la répartition des patients déprimés selon le sexe.

1.2 Age.

L'âge moyen est de 37 ans, avec un âge minimal de 17 ans, et un âge maximal de 68 ans.

La tranche d'âge entre 32 à 42 ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle constituait (38,9%).

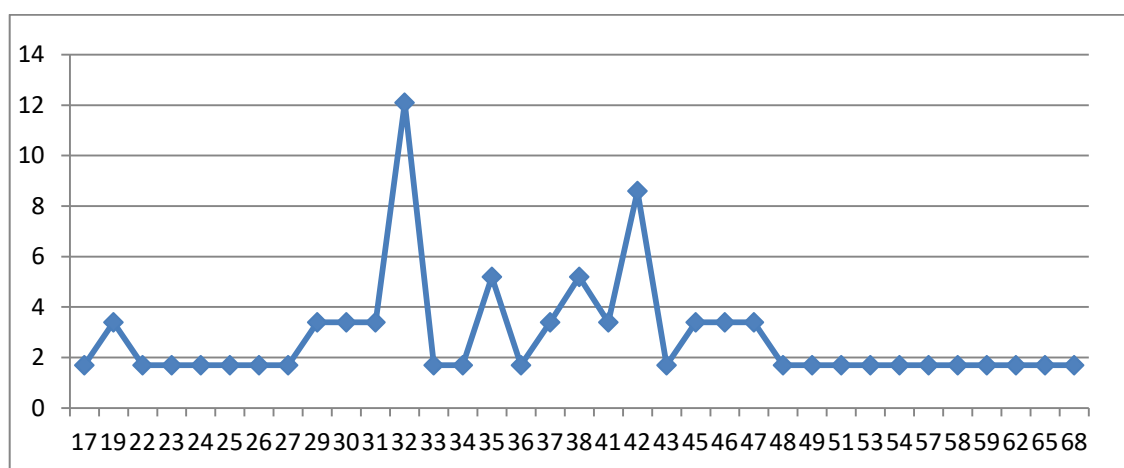


Figure2 : la répartition des patients déprimés selon l'âge.

1.3 Statut marital.

La majorité des patients de notre échantillon (58 patients) était mariée avec un pourcentage de (81%).

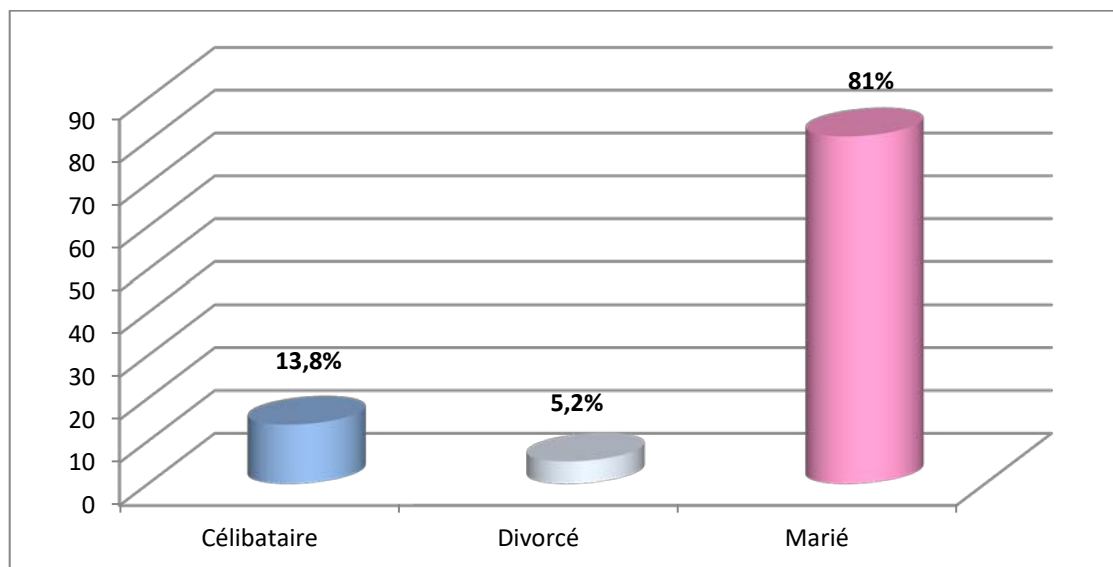


Figure 3 : la répartition des patients déprimés selon le statut marital.

1.4 Niveau d'instruction.

La majorité des patients de notre échantillon, a un niveau d'instruction moyen (34,5%).

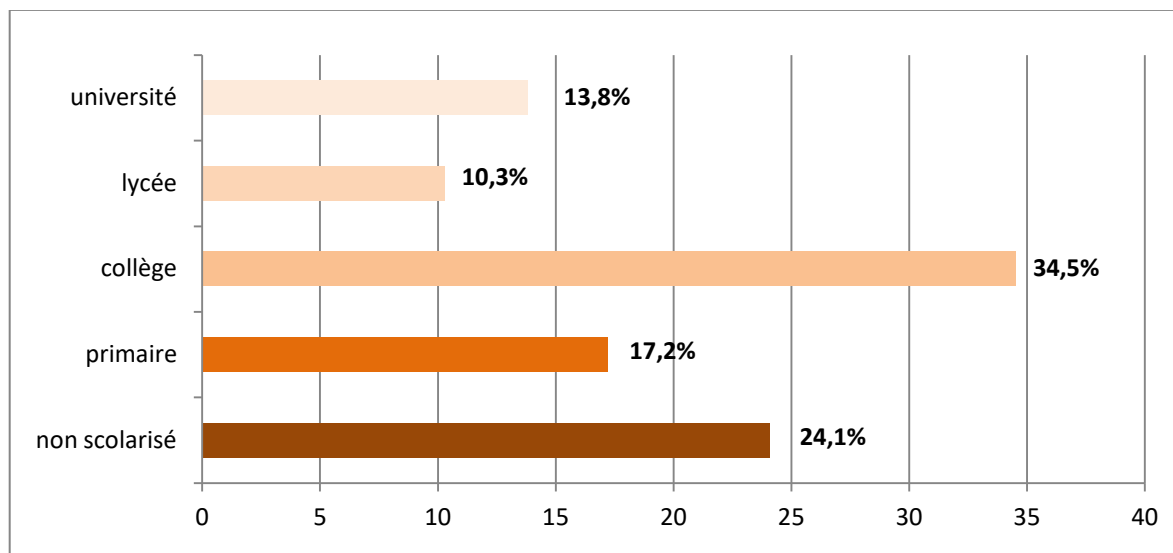


Figure 4 : la répartition des patients déprimés selon leur niveau d'étude.

2. Etude de la dépression.

2.1 Traitement de la dépression.

(55%) Des patients étaient vus pour la première fois en consultation (32 patients), ainsi ne prenaient aucun traitement antidépresseur.

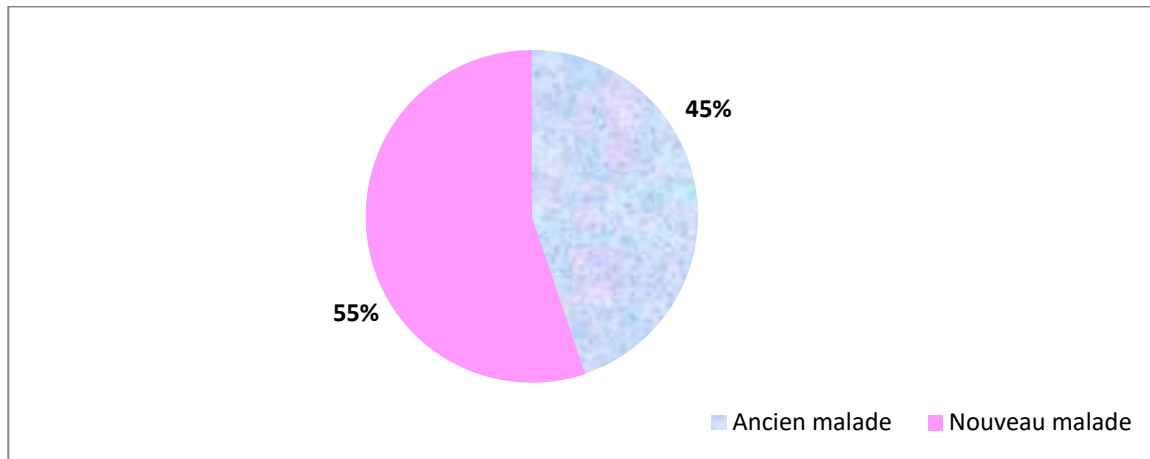


Figure 5 : la répartition des patients selon l'ancienneté de leur consultation

(56,9%) De l'ensemble de nos patients ne prenaient aucun traitement, dont (55%) étaient vus pour la première fois en consultation et (1,9%) ont arrêté leur traitement sans l'avis de leur médecin.

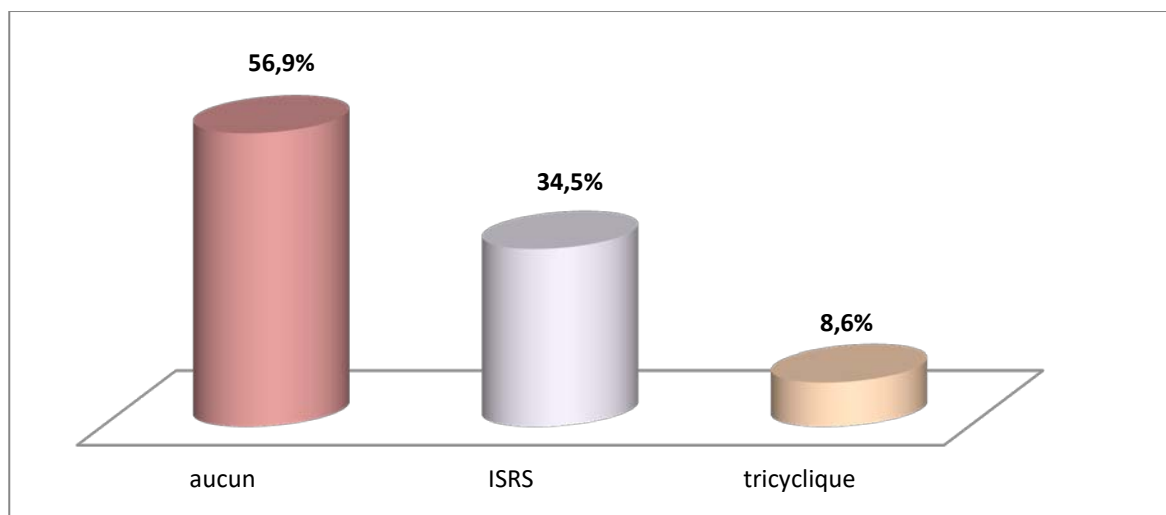


Figure 6 : La répartition des patients selon la prise de traitement antidépresseur.

2.2 Sévérité de la dépression

Selon l'échelle de sévérité de la dépression HAMILTON (62,1%) de nos patients présentaient un épisode dépressif caractérisé sévère lors de l'enquête (36 patients).

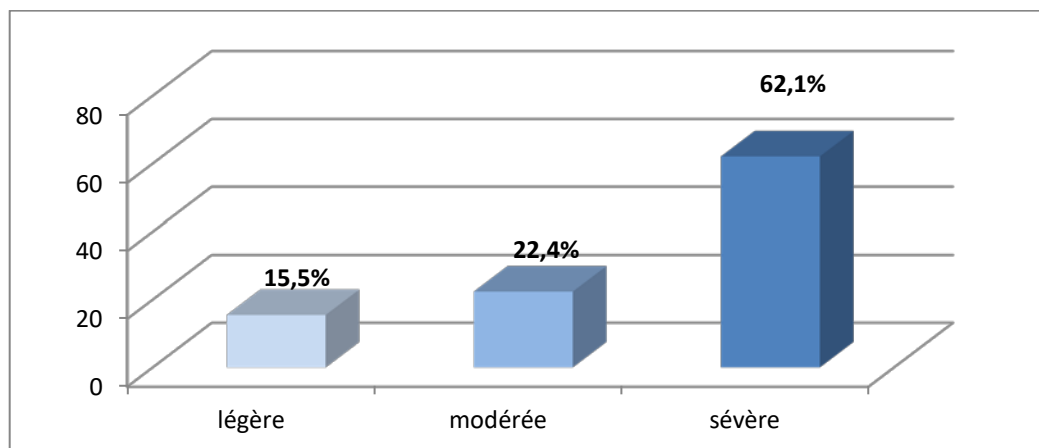


Figure 7 : la sévérité de la dépression selon le HAMILTON

Tableau II : Les caractéristiques de la population déprimée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age		
32 à 41 ans	- 20	- 38,9%
Sexe		
- Masculin	- 24	- 41,4%
- Féminin	- 34	- 58,6%
Etat marital		
- Célibataire	- 8	- 13,8%
- Marié	- 47	- 81%
- Divorcé	- 3	- 5,2%
Niveau d'instruction		
- Non scolarisé	- 14	- 24,1%
- Primaire	- 10	- 17,2%
- Collège	- 20	- 34,5%
- Lycée	- 6	- 10,3%
- Université	- 8	- 13,8%
Traitement de la dépression		
- Aucun	- 33	56,9%
- ISRS	- 20	34,5%
- Tricyclique	- 5	8,6%
Sévérité de la dépression		
- Léger	- 9	- 15,5%
- Modérée	- 13	- 22,4%
- Sévère	- 36	- 62,1%

3. l'étude des troubles sexuels.

3.1 La présence du trouble sexuel

Selon l'ASEX (77,6%) des patients déprimés en activité sexuelle (58 patients) vus en consultation avaient une dysfonction sexuelle quelconque.

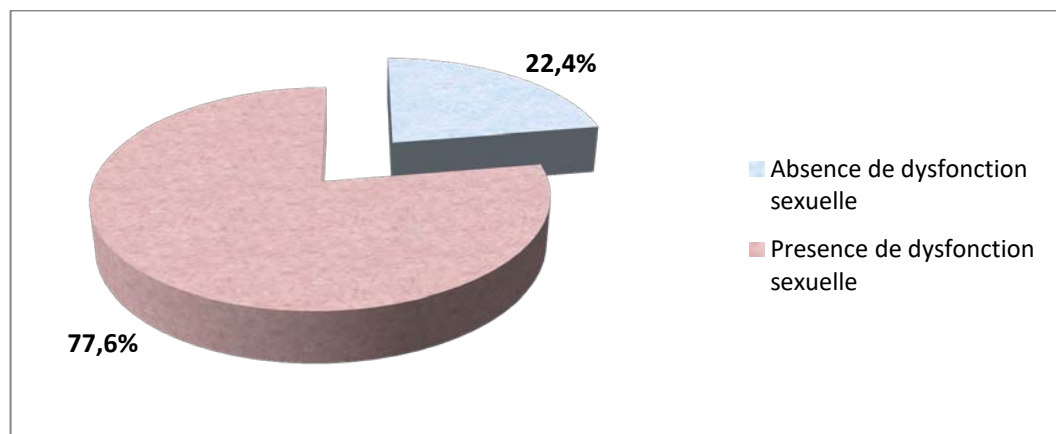


Figure 8 : la présence des troubles sexuels chez les déprimés

3.2 La chronologie de l'apparition du trouble sexuel par rapport à la dépression.

La majorité de nos patients (60,3%) consultant pour dépression attache leur dysfonction sexuelle à leur humeur déprimée, soit en rapportant l'apparition de la dysfonction sexuelle en même temps que la dépression dans (53,4%) des cas, ou son aggravation après l'installation de dépression (6,9%).

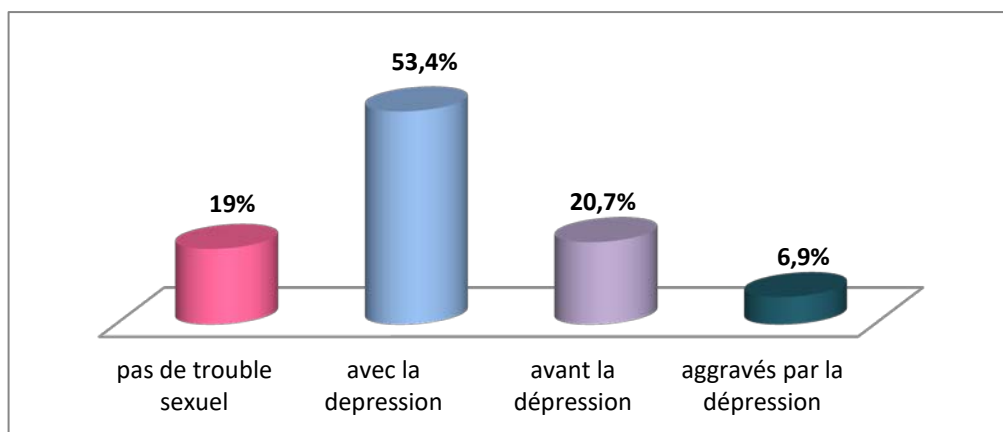


Figure 9 : La répartition des patients selon la chronologie d'apparition des troubles sexuels par rapport à la dépression.

3.3 Le trouble du désir chez les patients déprimés.

Plus que la moitié des patients de notre étude (58,6%) ont présenté une diminution des pulsions sexuelles (Désir).

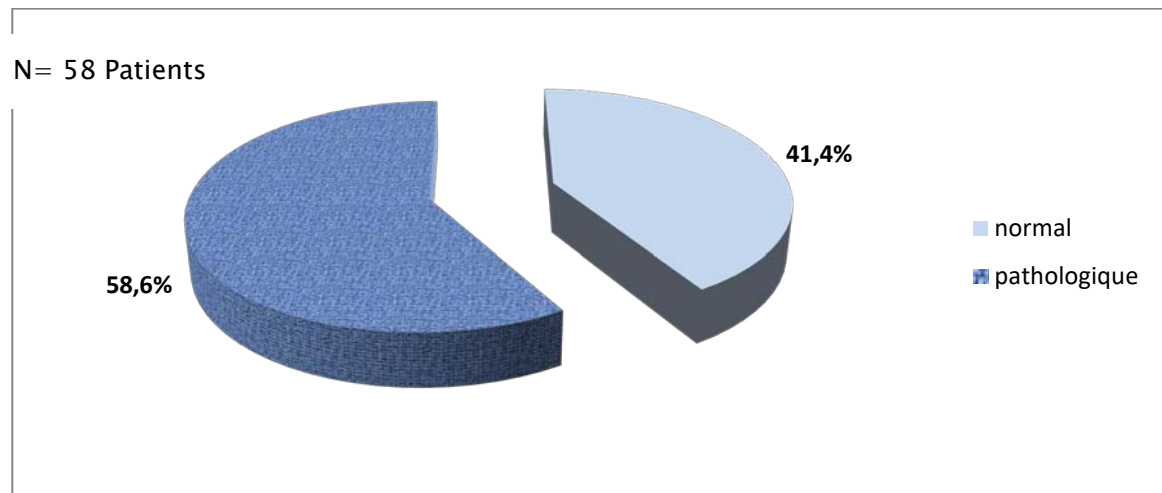


Figure 10 : La répartition des patients selon l'existence d'un trouble de désir sexuel.

3.4 Les troubles d'excitation chez les déprimés.

Plus que la moitié de notre échantillon évalué (53,4%) a présenté une diminution de l'excitation sexuelle.

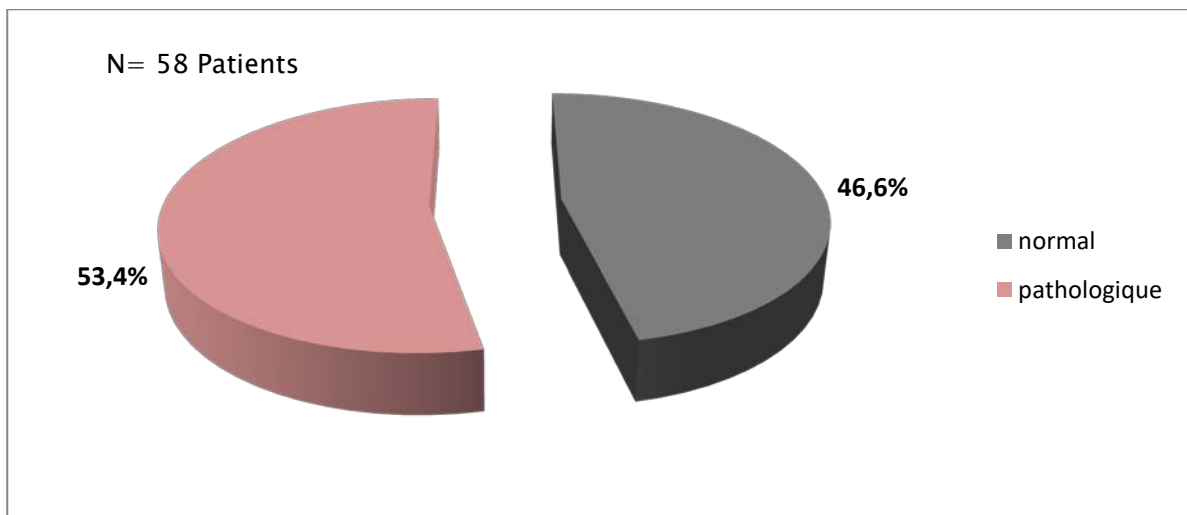


Figure 11 : La répartition des patients selon l'existence d'un trouble de l'excitation sexuelle.

3.5 La dysfonction érectile chez les patients déprimés.

La moitié des hommes consultants pour la dépression, a rapporté une dysfonction érectile.

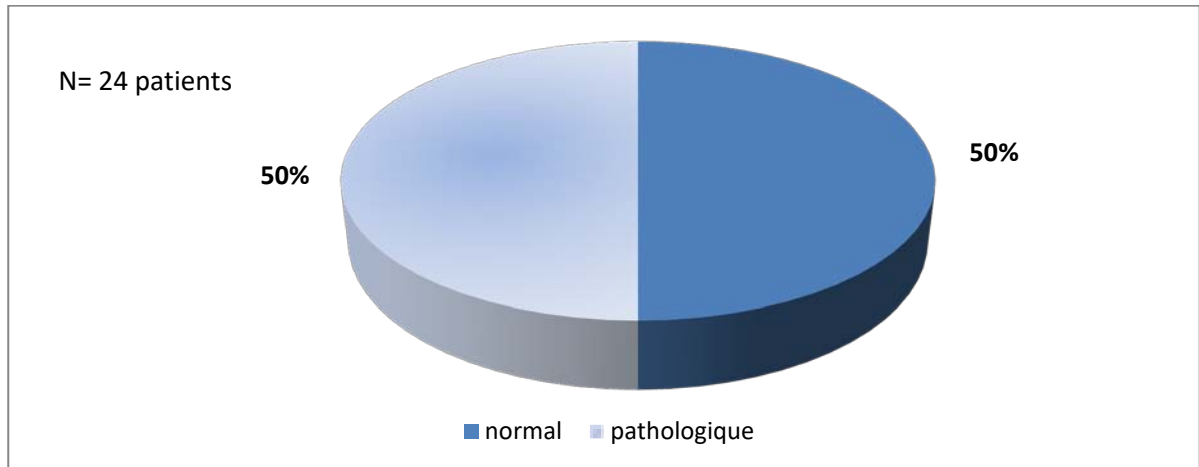


Figure 12 : La répartition des patients selon l'existence d'une dysfonction érectile.

3.6 Les troubles d'éjaculation chez les patients déprimés.

(54,2%) Des hommes interviewés ont rapporté une modification voire absence d'éjaculation.

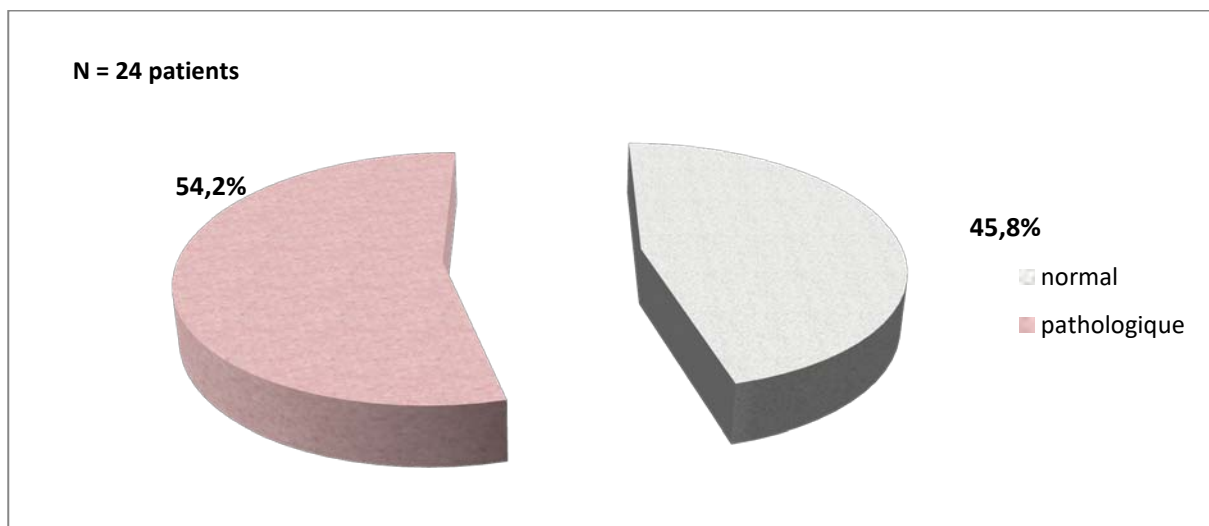


Figure 13 : La répartition des patients selon l'existence d'un trouble d'éjaculation.

Parmi les patients (54,2%) qui ont rapporté un trouble d'éjaculation.
(16,7%) souffraient constamment du même trouble.

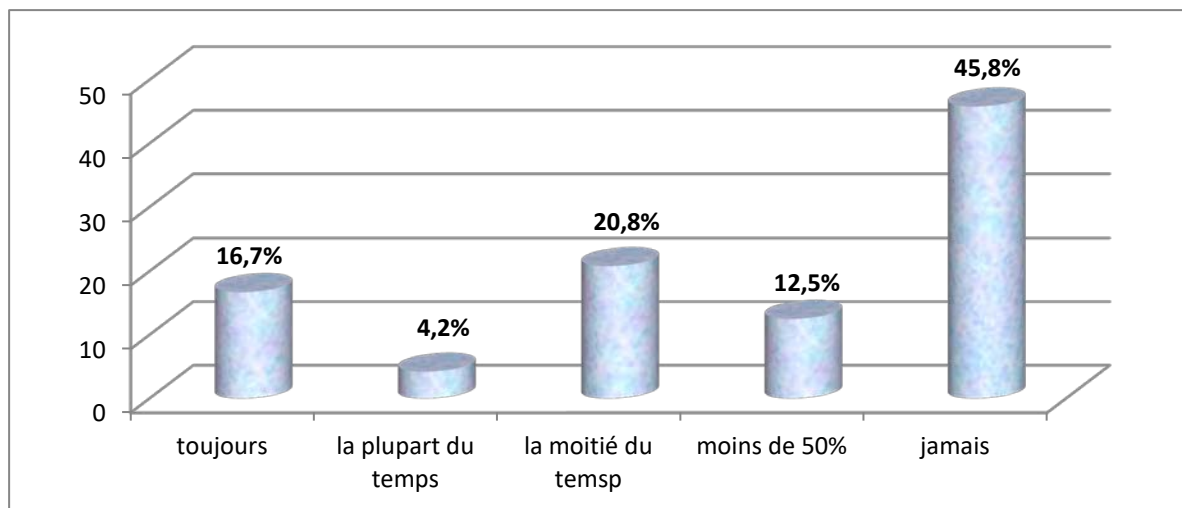


Figure 14 : la répartition des patients selon le degré de modification de l'éjaculation.

(11,11%) De l'ensemble des hommes déprimés ayant un trouble d'éjaculation (13 patients) rapportent une modification du temps d'éjaculation (soit une éjaculation prématurée ou retardée).

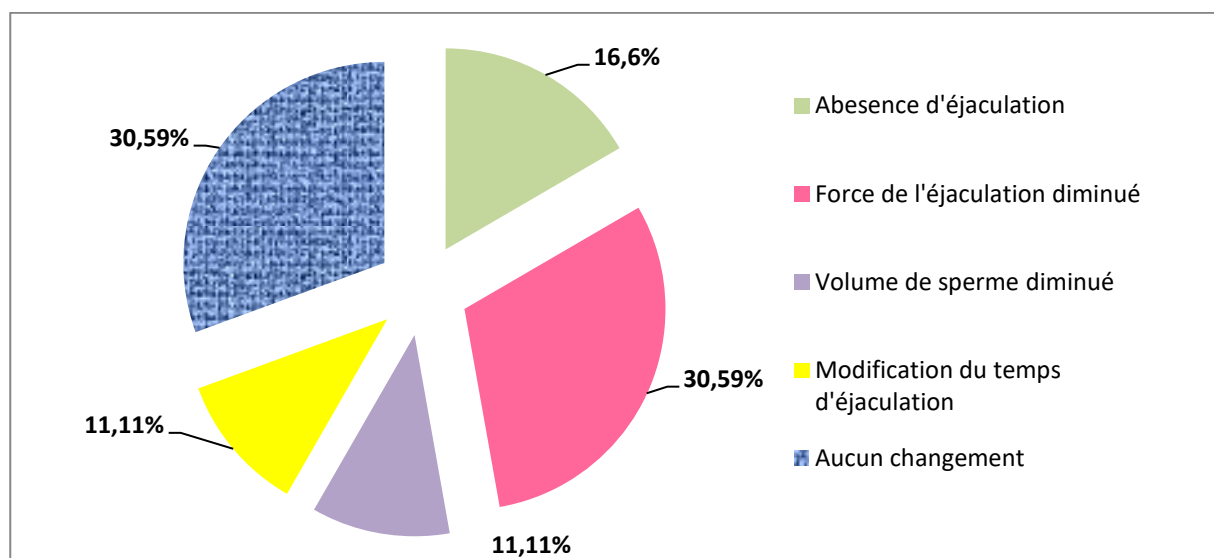


Figure 15 : la répartition des patients selon la nature de modification de l'éjaculation.

3.7 La lubrification vaginale chez les malades déprimés

(35,3%) de nos patientes avec une dépression caractérisée ont rapporté l'existence d'un défaut de lubrification au moment du rapport sexuel.

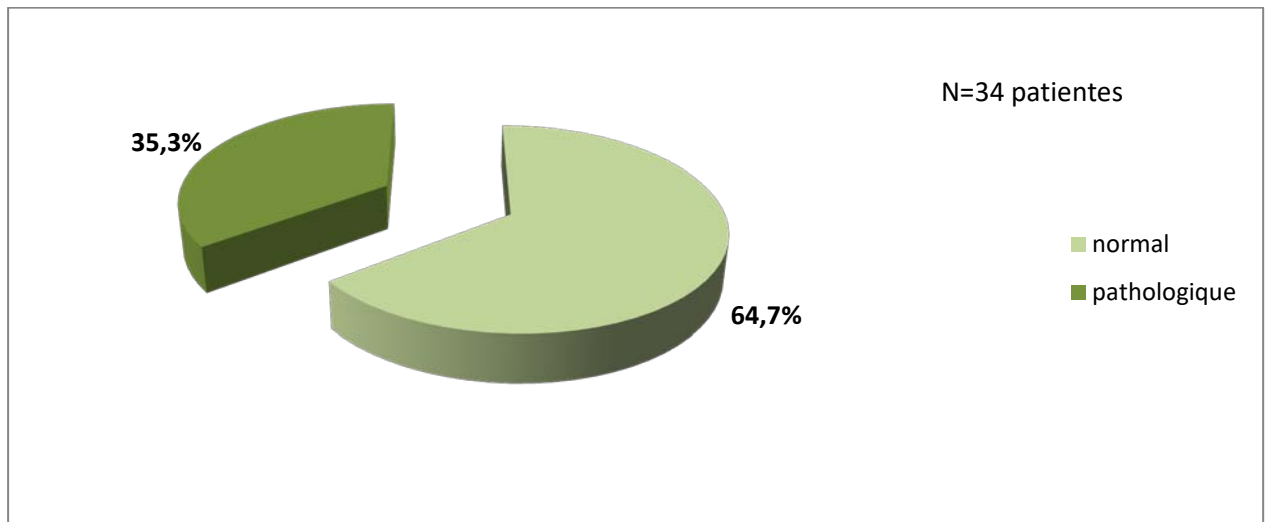


Figure 16: la répartition des patientes selon l'existence de trouble de lubrification vaginale.

3.8 La douleur génitale post coïtale chez les patientes déprimées

(38,2%) Des patientes déprimées souffraient fréquemment (dans plus d'une fois sur deux) de douleur coïtale.

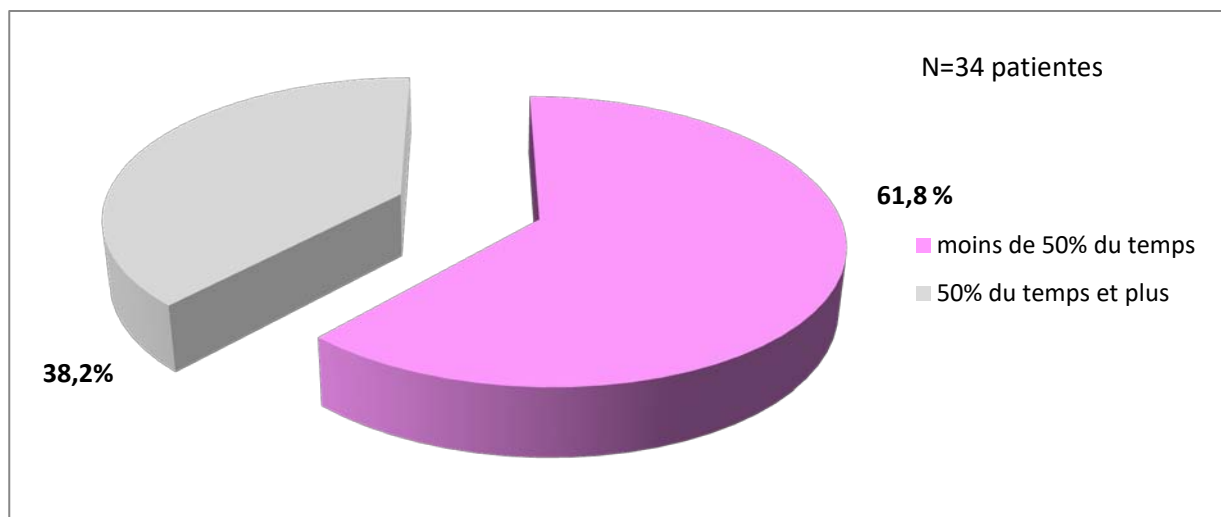


Figure 17 : la répartition des patientes selon l'existence d'une douleur génitale.

(17,6%) Des patientes déprimées interviewées dans notre enquête, souffrent constamment de douleur au moment de chaque rapport sexuel avec pénétration.

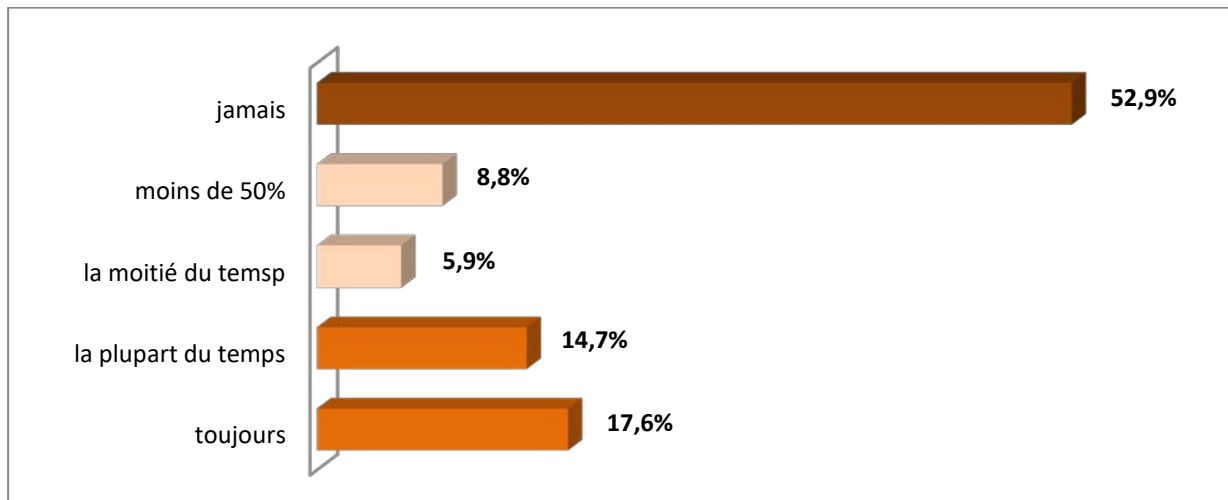


Figure 18 : la répartition des patientes selon le degré d'apparition de douleur vaginale.

3.9 Les troubles d'orgasme chez les patients déprimés

La moitié des patients évalués dans notre étude (51,7%) n'arrive pas à atteindre l'orgasme lors de leur activité sexuelle.

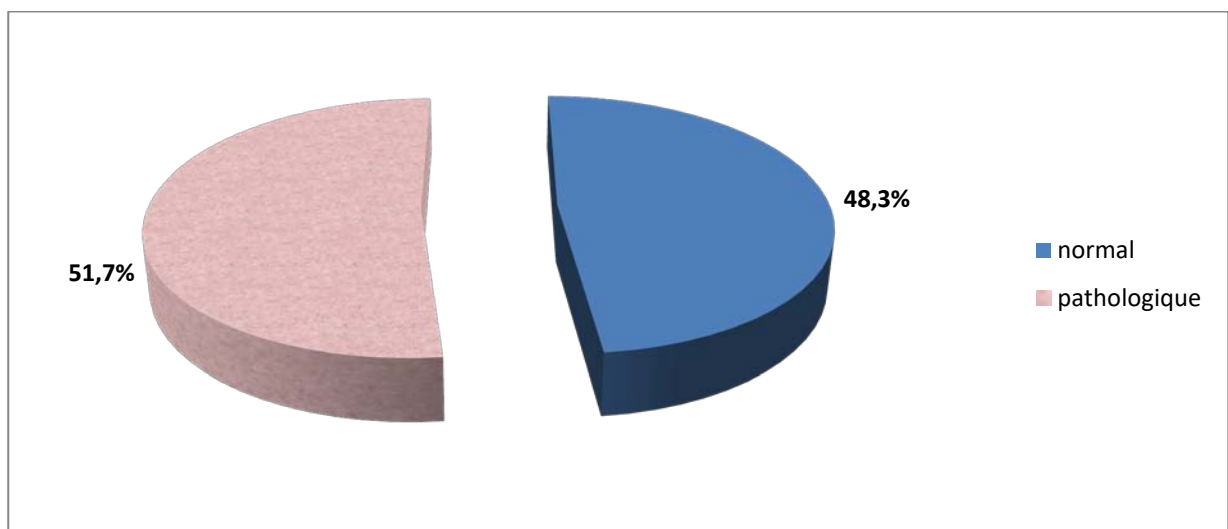


Figure 19 : la répartition des patients selon l'existence d'un trouble d'orgasme.

3.10 L'insatisfaction conjugale chez les patients déprimés

Plus que les deux tiers des patients interrogés (69%) sont insatisfaits de leur sexualité ainsi que des différents aspects de la vie relationnelle.

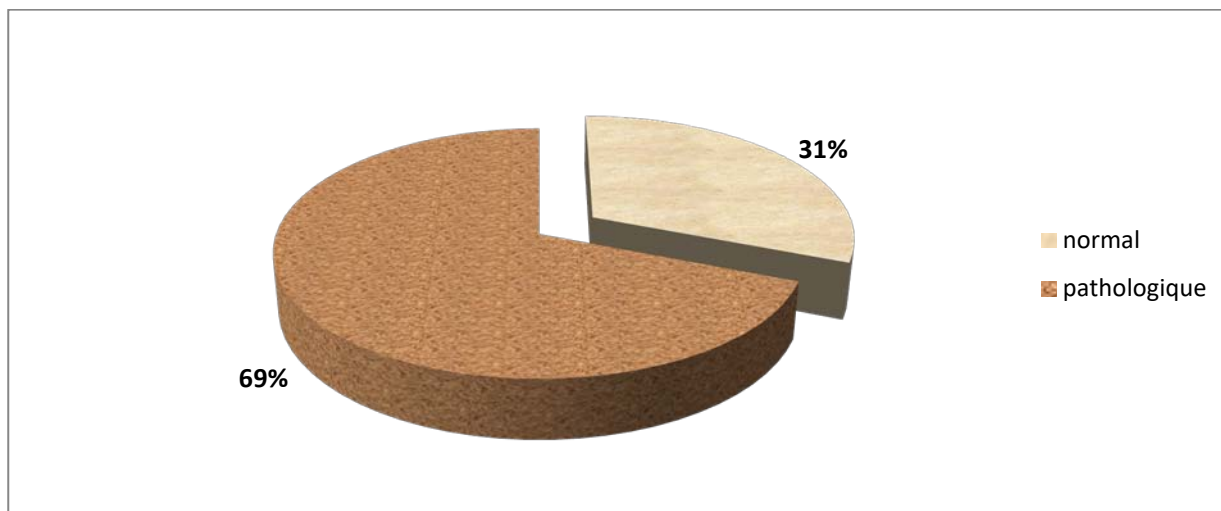


Figure 20 : la répartition des patients selon leur degré de satisfaction.

La majorité de nos patients se plaint de la qualité de leur vie sexuelle (25,62%).

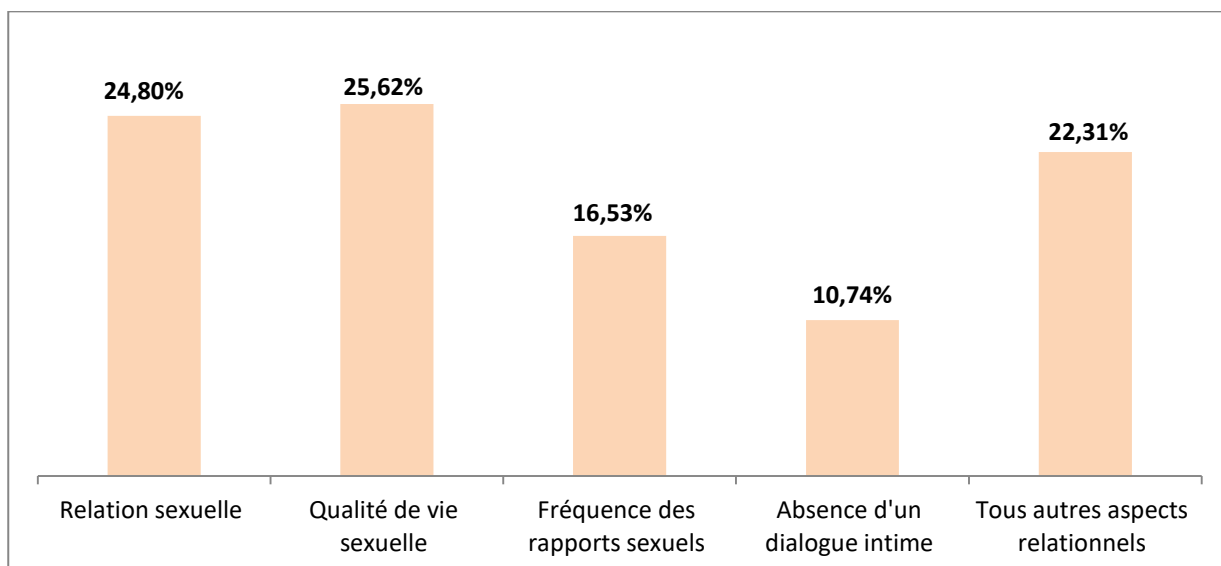


Figure 21 : la répartition des patients selon la cause de leur insatisfaction conjugale.

3.11 La fréquence des rapports sexuels chez les déprimés.

(55,2%) Des patients ont déclaré une diminution de la fréquence de leurs rapports sexuels, et que seulement (6,9%) ont rapporté une augmentation de la fréquence de leurs rapports sexuels.

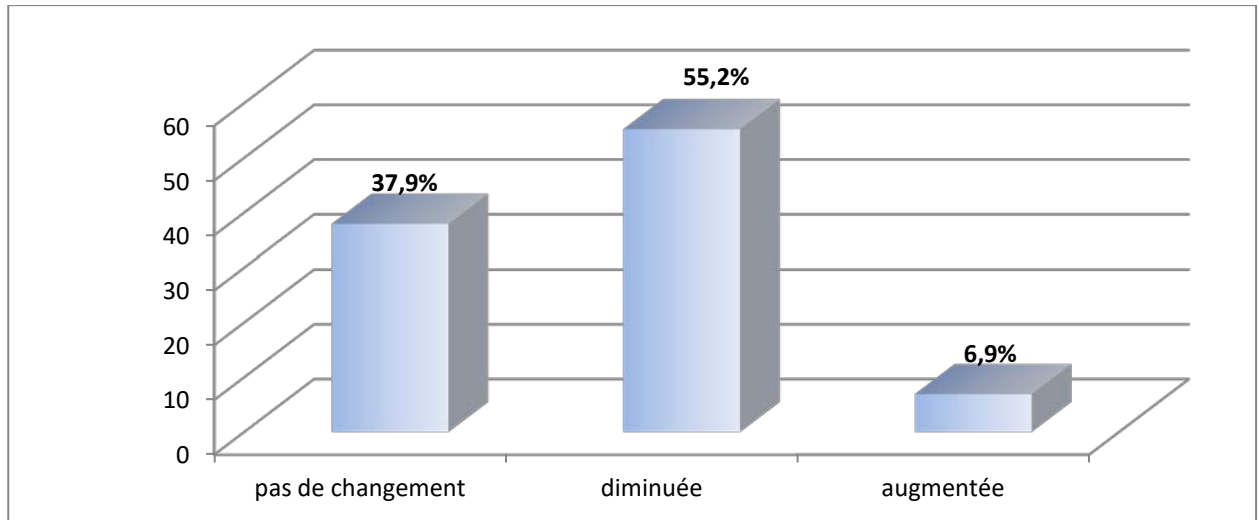


Figure 22: la répartition des patients selon la modification de la fréquence de leurs rapports sexuels

3.12 La présence de gêne chez les patients déprimés ayant une dysfonction sexuelle

(58,6%) De nos patients déprimés avec dysfonction sexuelle (45 patients) étaient moyennement, très ou extrêmement gênés.

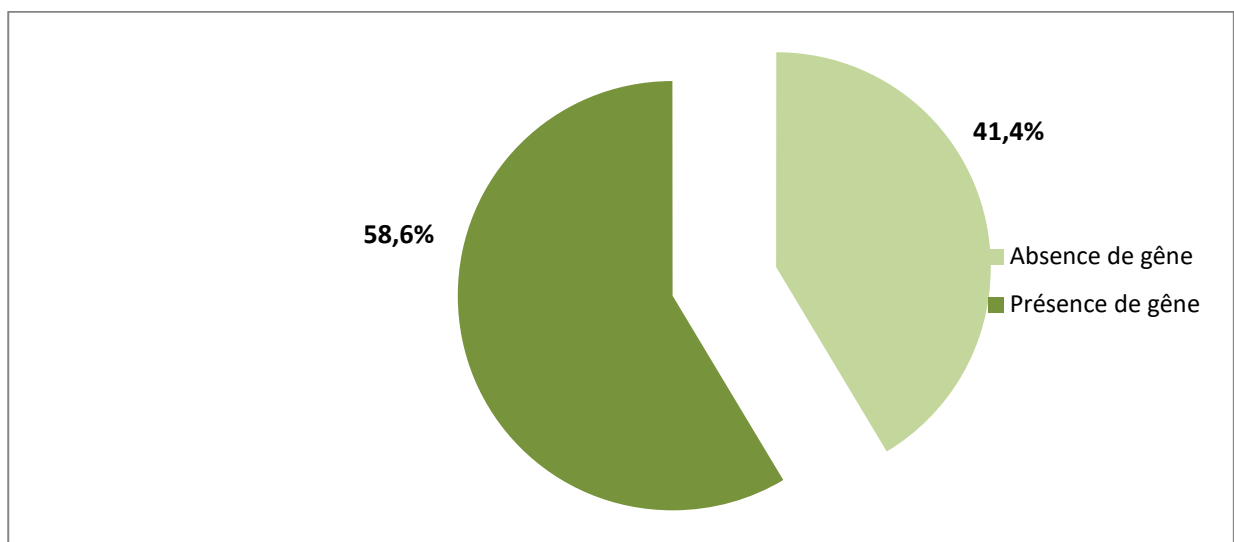


Figure 23 : la répartition des patients selon l'existence ou non de gêne.

Parmi les patients qui ressentaient une gêne, (22,4%) sont extrêmement gêné.

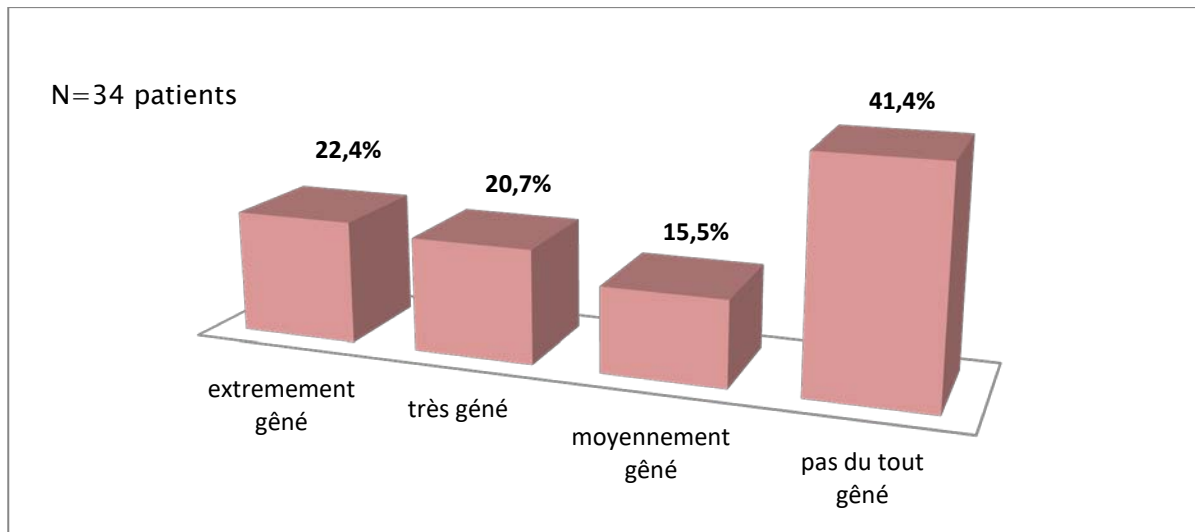


Figure 24 : la répartition des patients selon leur degré de gêne.

3.13 Etat sexuel du partenaire

Entre les (86,2%) des patients ayant un conjoint, (22%) rapportent que leur conjoint a un trouble sexuel quelconque.

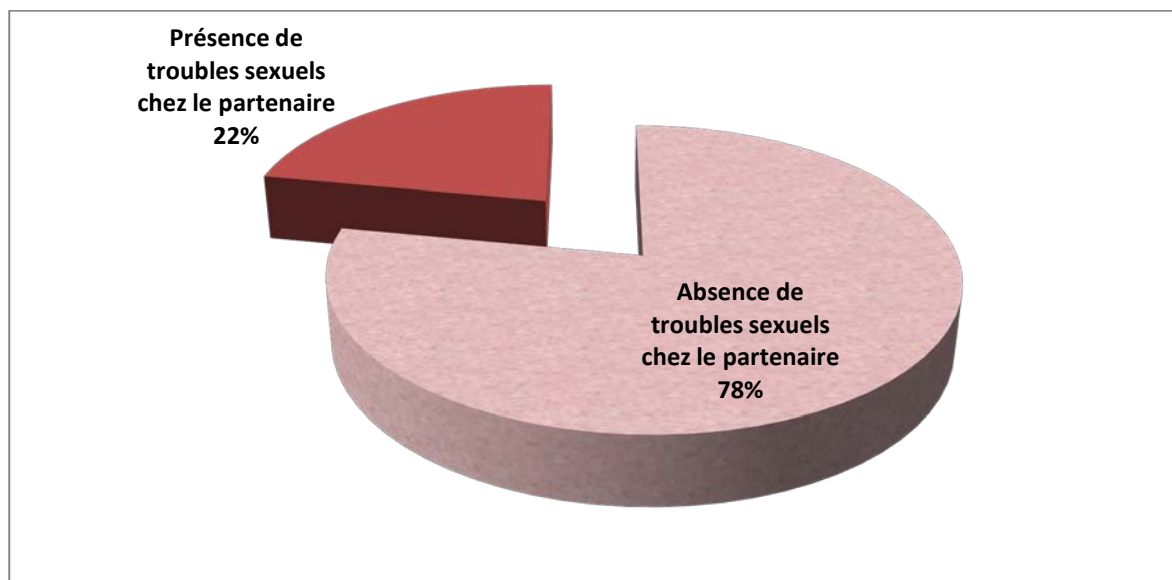


Figure 25 :l'état sexuel du partenaire.

Tableau III : la répartition des troubles sexuels chez les patients déprimés.

Caractéristique	Effectif	Pourcentage
Présence de trouble sexuel		
– Oui	– 45	– 77,6%
– Non	– 13	– 22,4%
Chronologie d'apparition des troubles sexuels		
– Avant la dépression	– 12	– 20,7%
– Avec la dépression	– 31	– 53,4%
– Aggravé par la dépression	– 4	– 6,9%
Trouble de désir		
– Oui	– 34	– 58,6%
– Non	– 24	– 41,4%
Trouble d'excitation		
– Oui	– 31	– 53,4%
– Non	– 27	– 46,6%
Dysfonction érectile		
– Oui	– 12	– 50%
– Non	– 12	– 50%
Trouble d'éjaculation		
– Oui	– 13	– 54,2%
– Non	– 11	– 45,8%
Défaut de lubrification		
– Oui	– 12	– 64,7%
– Non	– 22	– 35,3%
Douleur coïtal		
– Dans > 50% des cas	– 13	– 38,2%
– Dans < 50% des cas	– 21	– 61,8%
Défaut d'orgasme		
– Oui	– 30	– 51,7%
– Non	– 28	– 48,3%
– Satisfaction conjugale	– 18	– 31%
– Insatisfaction conjugale	– 40	– 69%
Fréquence des rapports sexuels		
– A diminué	– 32	– 55,2%
– A augmenté	– 4	– 6,9%
– N'a pas changé	– 22	– 37,9%
Degré de gêne		
– Non gêné	– 24	– 41,4%
– Gêné	– 34	– 58,6%
Présence de trouble sexuel chez le/la partenaire		
– Oui	– 11	– 22%
– Non	– 39	– 78%

II. L'ANALYSE BIVARIEE.

1. La relation entre les troubles sexuels et les variables sociodémographiques.

1-1 Sexe

Les troubles sexuels sont retrouvés chez (87,50%) des hommes et (70,60%) des femmes consultantes pour dépression. (P= 0,202)

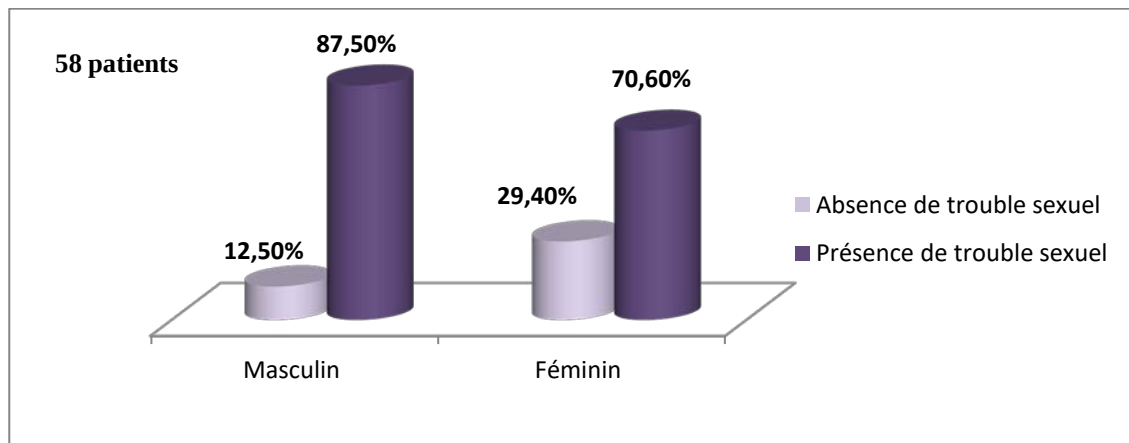


Figure 26 : La fréquence des troubles sexuels selon le sexe.

1-2 Scolarisation

Les troubles sexuels sont présents chez (79,50%) des nos patients déprimés scolarisés et chez (71,40%) des patients déprimés non scolarisés. (p= 0,714)

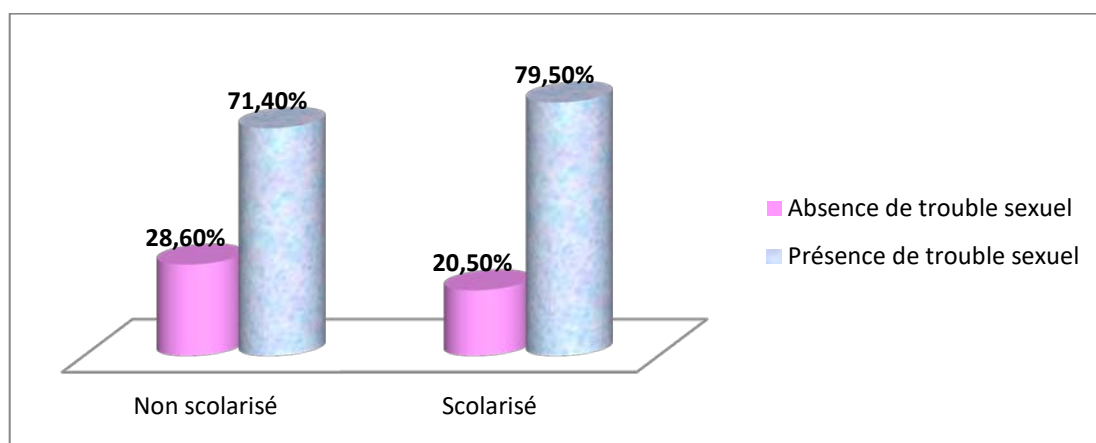


Figure 27 : La fréquence des troubles sexuels selon le niveau d'instruction.

2. La relation entre les troubles sexuels et la sévérité de la dépression.

Les troubles sexuels sont rapportés par (72,70%) patients présentant une dépression légère à modérée et (80,60%) des patients souffrant de dépression sévère. (p=0,529)

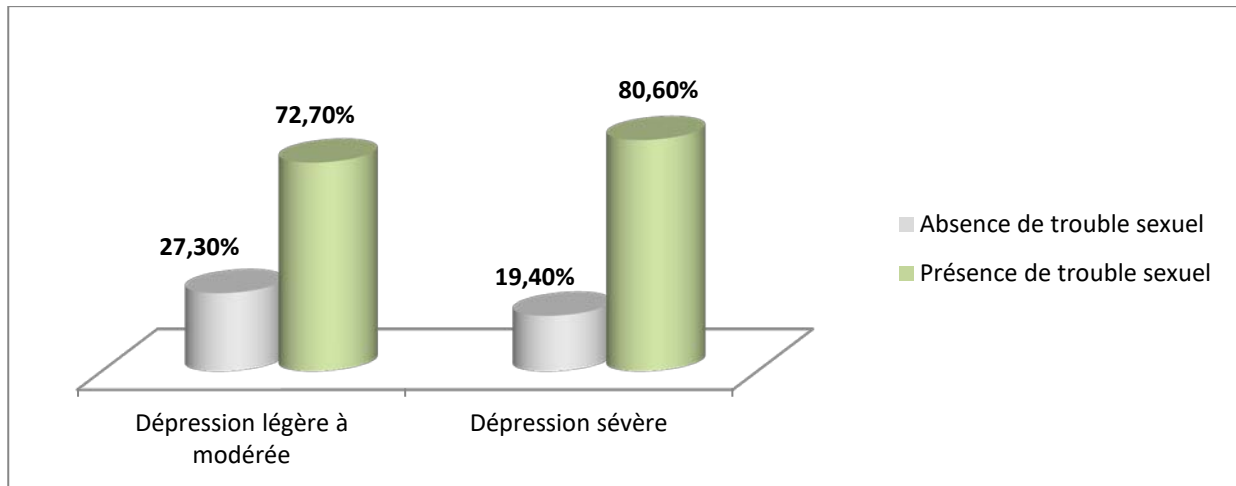


Figure 28 : La fréquence de la sévérité de la dépression selon le degré de dysfonction sexuelle.

3. La relation entre l'insatisfaction conjugale et la dépression.

L'insatisfaction conjugale, émotionnelle et sexuelle touche (75%) de l'ensemble des patients diagnostiqués avec une dépression sévère. (p=0,249)

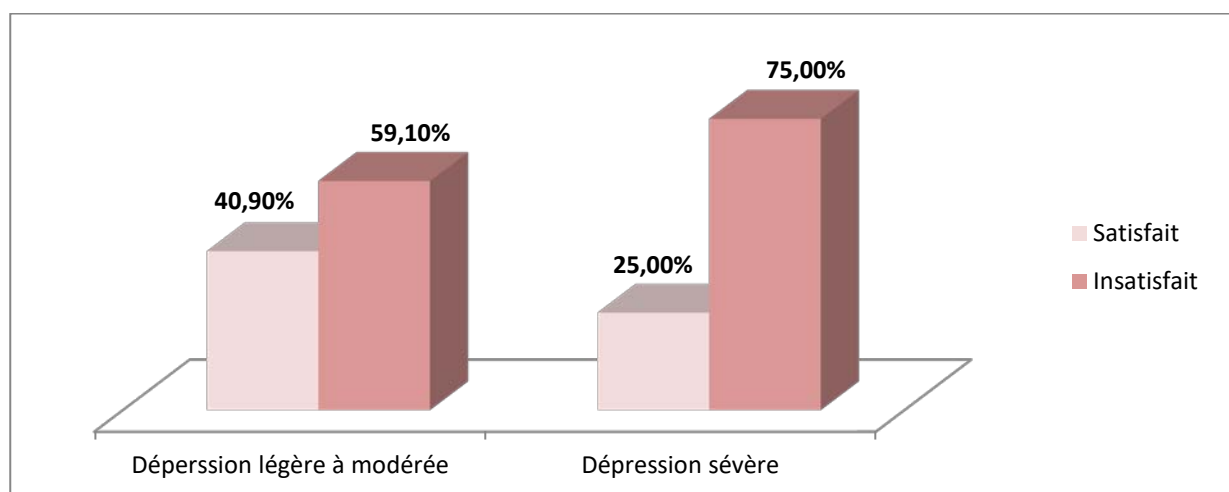


Figure29 : La fréquence de la sévérité de la dépression par rapport à l'insatisfaction conjugale.

4. La relation entre l'insatisfaction conjugale et les troubles sexuels.

4.1 L'insatisfaction conjugale et la présence de trouble sexuel

L'insatisfaction conjugale prédomine chez les patients présentant une ou plusieurs dysfonctions sexuelles dans (88,90%). (p=0,04)

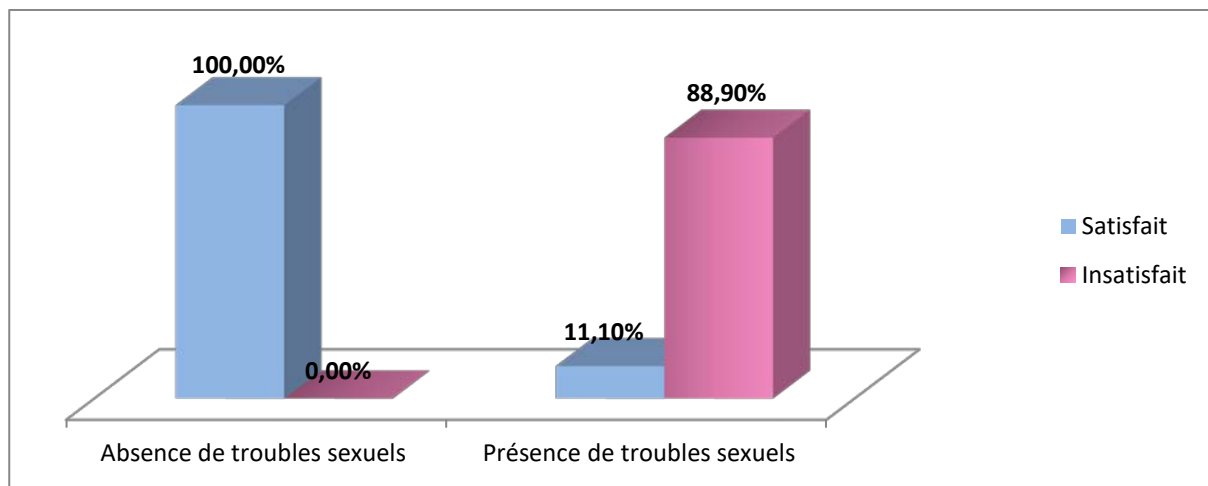


Figure 30 : La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport aux troubles sexuels.

4.2 L'insatisfaction conjugale et trouble du désir sexuel

Les patients qui présentaient une diminution voire absence du désir sont beaucoup plus insatisfaits (94,10%). (p=0,0001)

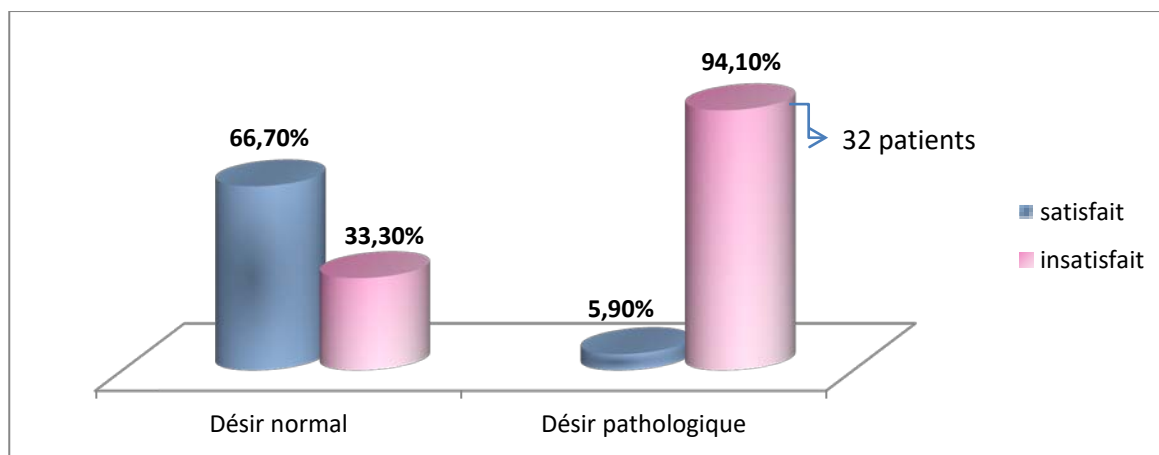


Figure 31 : La fréquence de l'insatisfaction conjugale lors du trouble du désir.

4.3 L'insatisfaction conjugale et trouble de l'excitation

Les patients avec une anomalie d'excitation ont rapporté beaucoup plus d'insatisfaction (96,80%) que ceux avec excitation sexuelle normale. (p=0,0001)

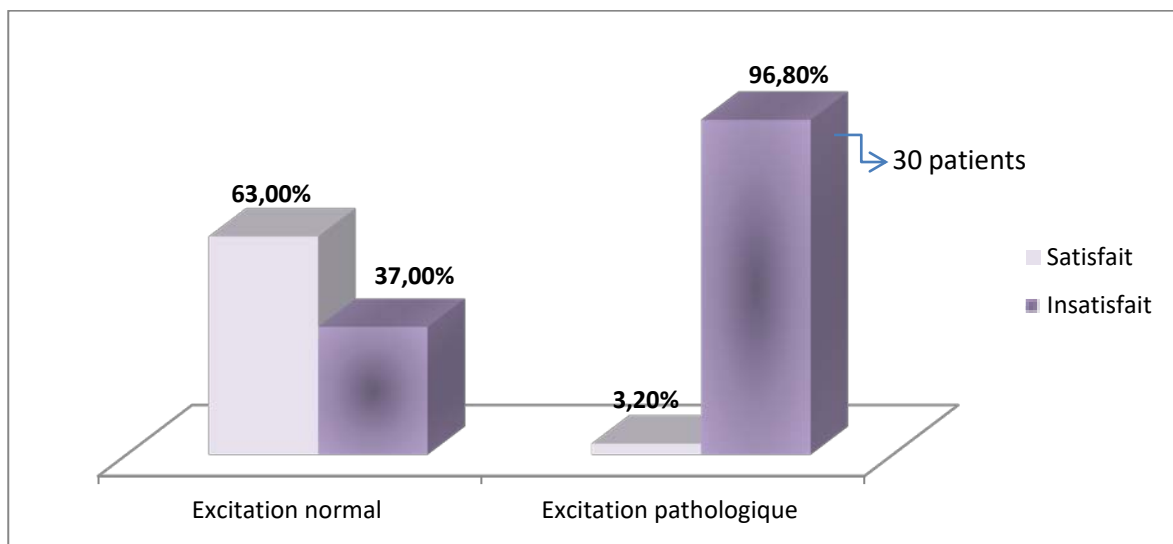


Figure 32: La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport aux troubles d'excitation.

4.4 L'insatisfaction conjugale et trouble d'érection

La totalité des patients souffrant de dysfonction érectile (N=12), rapporte son insatisfaction conjugale. (p= 0,014)

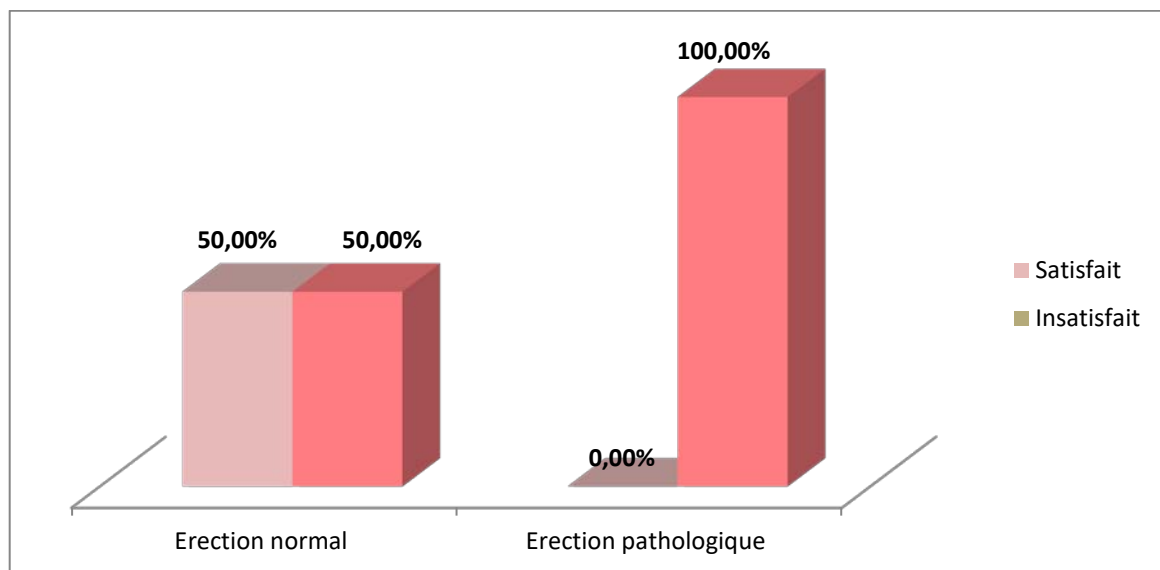


Figure 33: La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport à la dysfonction érectile.

4.5 L'insatisfaction conjugale et anomalie d'éjaculation

(92,30%) Des patients souffrant de trouble d'éjaculation, rapportent leur insatisfaction (p=0,061).

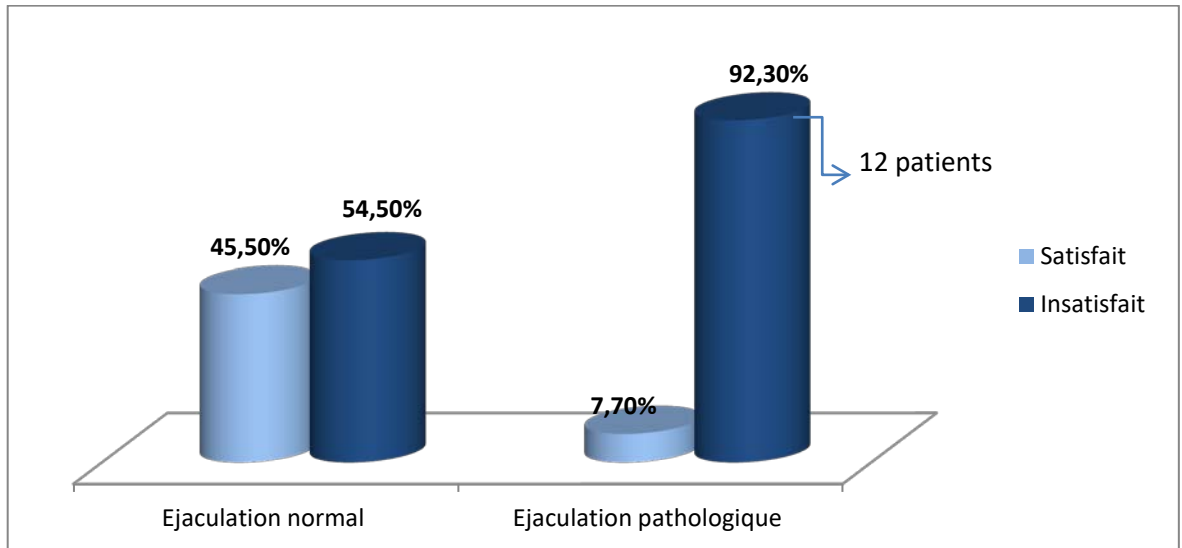


Figure 34: La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport aux troubles d'éjaculation.

4.6 L'insatisfaction conjugale et trouble de lubrification

Les patientes avec une lubrification vaginale défailante (N= 12 patientes) ont rapporté plus d'insatisfaction conjugale (91,70%). (p=0,024)

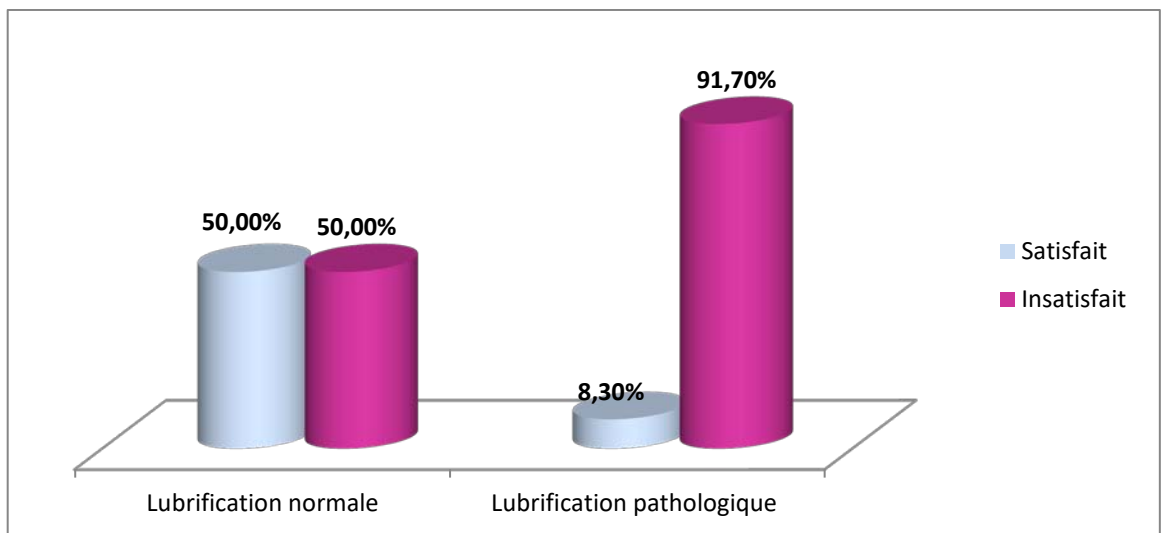


Figure 35 : La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport au défaut de lubrification vaginale.

4.7 L'insatisfaction conjugale et douleur coïtale

Parmi les 13 patientes déprimées souffrantes de douleur coïtale, (84,60%) rapportent leur insatisfaction conjugale. (p=0,075)

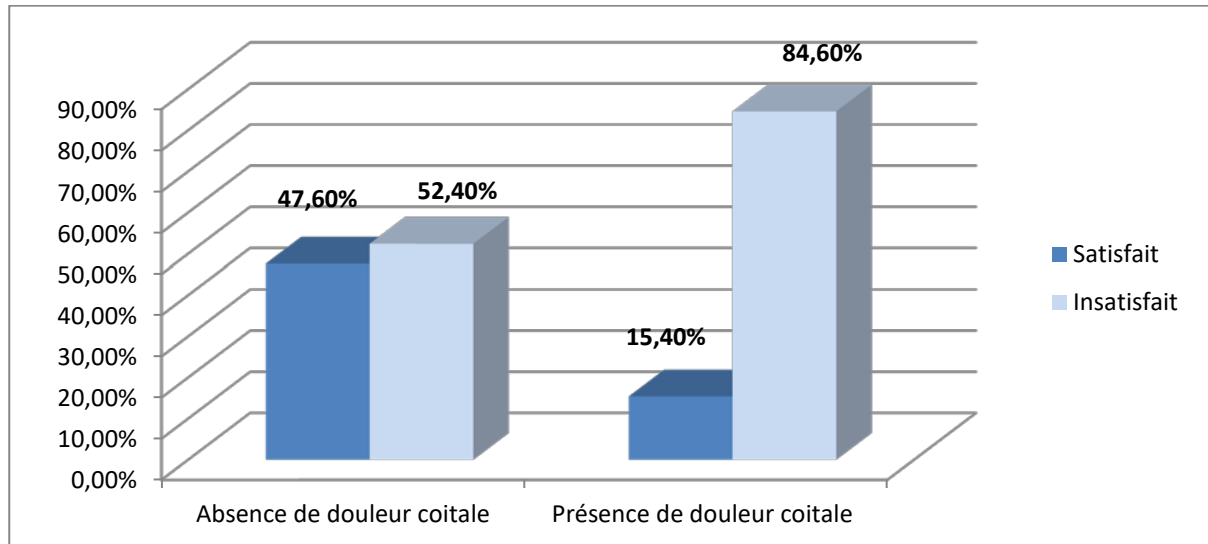


Figure 36 : La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport à la douleur coïtale.

4.8 L'insatisfaction conjugale et la présence de dysfonction sexuelle chez le partenaire.

La totalité des patients déprimés dont le partenaire a un trouble sexuel quelconque (N=11 patients), rapportent leur insatisfaction. (p=0,046)

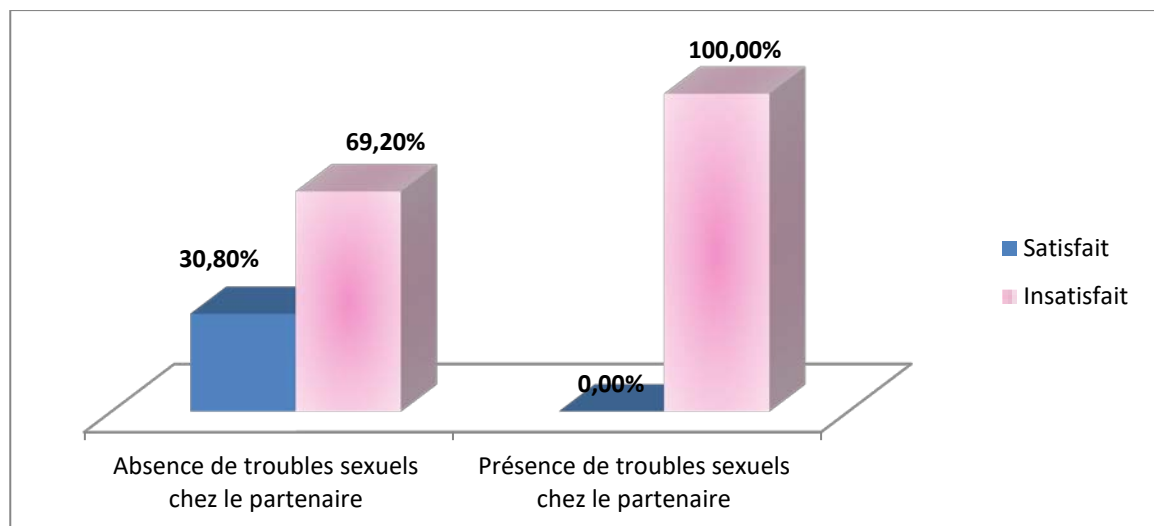


Figure 37 : La fréquence de l'insatisfaction conjugale par rapport à la présence de dysfonction sexuelle chez le partenaire.

DISCUSSION

I. GENERALITES SUR LA SEXUALITE : [18] [19] [20] [21]

1. L'évolution historique des connaissances sur la sexualité :

La première description de l'impuissance est égyptienne, on la trouve dans les papyrus de Kahun qui constituent le plus ancien traité de médecine connu et datent d'environ 2000 ans avant Jésus-Christ.

Les troubles de l'érection y sont décrits selon deux types nosographiques :

«L'homme est incapable d'accomplir l'acte sexuel » soit de façon naturelle, soit de façon surnaturelle, par charme ou maléfice.

Une première tentative de description épidémiologique et physiopathologique est tentée par Hippocrate au Ve siècle, qui décrit l'impuissance comme la conséquence d'une pratique excessive de l'équitation, ainsi l'impuissance serait plus fréquente chez les hommes riches.

De l'antiquité à la renaissance, les connaissances en matière de physiologie de l'érection évolueront peu, fixées sur le concept original décrit par Aristote et mettant en cause l'âme ombre invisible dont le souffle anime le corps humain.

Léonard de Vinci sera le premier à remettre en cause le fait unanimement admis depuis Aristote que l'érection du pénis était produite par de l'air sous pression. Il produit en 1504 le premier texte sur la physiologie vasculaire de l'érection qui restera méconnue jusqu'au XXe siècle, protégée dans les royales collections du château de Windsor.

En 1585, Ambroise Paré pose les bases d'une juste connaissance de l'anatomie et des mécanismes de l'érection et décrit les troubles de l'érection organiques, asthéniques, liés à l'hypogonadisme ainsi que le priapisme.

La physiologie de la réponse sexuelle met en jeu des mécanismes cérébraux complexes qui peuvent inhiber ou faciliter, via les centres spinaux, la réponse des organes sexuels périphériques.

La difficulté d'une compréhension claire des différentes étapes de la réponse sexuelle est liée aux multiples interactions de celle-ci avec des facteurs, en particuliers cognitifs et relationnels, qui sont au premier plan chez la femme.

L'essentiel de la recherche était représenté par des études épidémiologiques descriptives.

Les premières publications marquantes ont été celles d'Alfred Kinsey, en 1948 et 1953, avec des résultats épidémiologiques sur le comportement sexuel féminin et masculin, mais aussi une description des réactions sexuelles physiques et psychologiques.

En 1968, William Masters, gynécologue, et Virginia Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels. Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases, identiques à celles de l'homme : excitation, plateau, orgasme et résolution.

Hélène Singer Kaplan a plus tard insisté sur l'acteur principal de la réponse sexuelle féminine, le désir, et a proposé trois phases, couramment reprises actuellement en médecine sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme.

Plus récemment, Rosemary Basson a proposé que ces trois phases de la réponse sexuelle féminine soient organisées non pas de manière linéaire, mais circulaire afin de prendre en compte les multiples interactions, notamment neuro-hormonales du cycle de la réponse sexuelle chez la femme.

2. La physiologie normale de la sexualité :

L'activité sexuelle est divisée en 5 phases (figure 38) :

2.1 La phase du désir :

Elle est caractérisée par des idées et fantasmes érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Elle est difficile à définir précisément dans sa durée comme dans sa phénoménologie.

Cette phase est commandée par le cerveau : le désir est androgéno-dépendant chez l'homme comme chez la femme.

Il s'agit d'une phase de préparation à l'acte sexuel.

2.2 La Phase d'excitation :

Elle est caractérisée chez l'homme par l'érection, et chez la femme par une augmentation de la vascularisation vaginale et de la vulve se traduisant par la lubrification vaginale et l'érection du clitoris.

La phase d'excitation résulte de la stimulation cérébrale (visuelle, auditive, fantasmatique) et/ou périphérique en particulier périnéale.

Elle nécessite l'intégrité des composantes sympathiques d'origine spinale thoracolombaire (T12–L2) et parasympathiques d'origine spinale sacrée (S1–S3) de l'innervation végétative pelvi-périnéale et du système vasculaire.

2.3 La phase de plateau :

Elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.

2.4 La phase d'orgasme :

Il s'agit d'une sensation de plaisir intense, l'orgasme est accompagné dans les deux sexes de contractions de la musculature striée périnéale, au rythme de 0,8 par seconde.

Chez l'homme, elle coïncide avec la seconde phase de l'éjaculation ou expulsion saccadée du sperme du méat urétral.

Lorsque l'éjaculation est absente, l'orgasme persiste, ainsi l'éjaculation n'est pas un pré requis pour la survenue de l'orgasme.

L'orgasme est accompagné par des signes généraux : tension musculaire, de polypnée, tachycardie, augmentation de la pression artérielle.

2.5 La phase de résolution :

Les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.

Chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace. Très courte chez l'adolescent, elle augmente avec l'âge et interdit le plus souvent la répétition immédiate du rapport sexuel chez l'homme vieillissant.

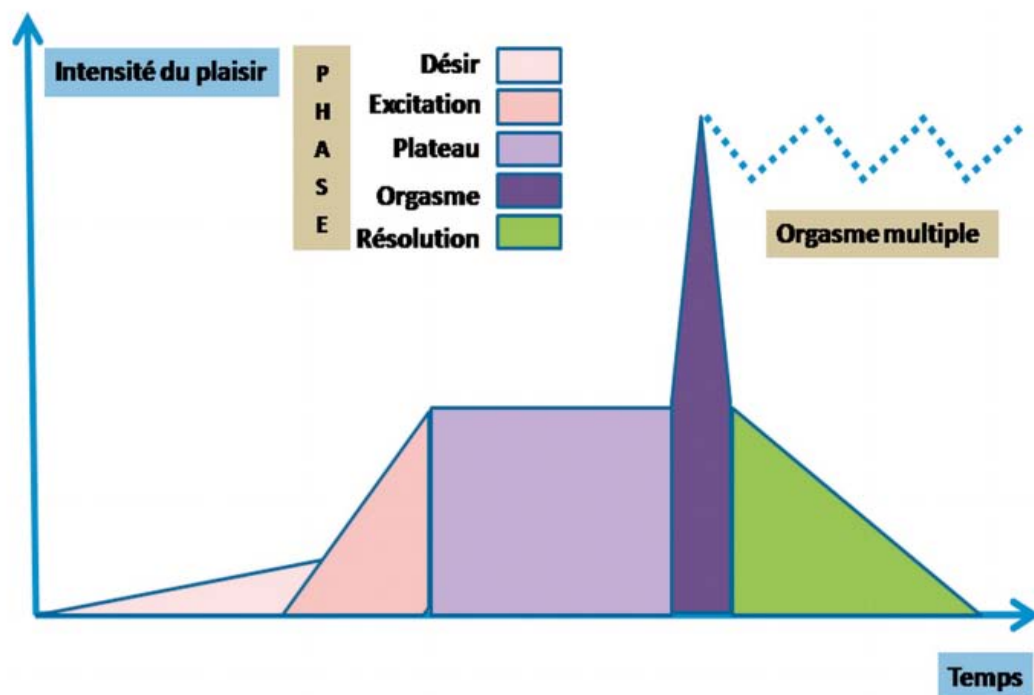


Figure 38 : Les différentes étapes physiologiques de l'acte sexuel

3. Les troubles de la sexualité

3.1 Dysfonctions sexuelles chez l'homme :

a. Troubles du désir :

Rassemble l'insuffisance et la baisse du désir, ainsi que l'excès et la déviation du désir :

a.1 L'insuffisance du désir ou baisse de la libido :

Elle est définie par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) comme étant une baisse persistante ou récidivante ou une absence de fantasmes sexuels et de désir d'activité sexuelle responsable de souffrance marquée ou de difficulté interpersonnelle.

Face aux symptômes de baisse de désir, il faut envisager les étiologies suivantes :

- Une dépression masquée.
- Des facteurs psychosociaux : stress professionnel, personnel.
- Iatrogénie médicamenteuse, notamment la prise d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, neuroleptiques, agonistes de la LH-RH et anti-androgènes chez l'homme.
- Un déficit androgénique, en particulier le déficit androgénique lié à l'âge.
- toujours éliminer une maladie somatique sous-jacente.

a.2 L'excès et/ou la déviation du désir

Devant ces éléments, voici les étiologies à envisager :

- une exagération des besoins sexuels (satyriasis).
- savoir éliminer une organicité :

Syndrome frontal post-AVC ou traumatisme crânien sévère, maladie de Parkinson, iatrogénie médicamenteuse (agonistes dopaminergiques).

b. Les troubles d'érection

Ils sont définis par l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante pendant au moins 3 mois.

Un homme sur trois a des troubles de l'érection après 40 ans.

La prévalence de la dysfonction érectile augmente en cas de comorbidité psychiatrique telle la dépression ou organique comme l'HTA, le diabète, la dyslipidémie et l'obésité.

c. Les troubles de l'éjaculation

c.1 L'éjaculation prématurée

L'éjaculation prématurée primaire est définie par un délai pour éjaculer après la pénétration vaginale inférieur à une minute toujours ou presque toujours (très rares éjaculations ante-porlas survenant avant la pénétration).

Il s'agit d'une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes ou de presque toutes les pénétrations vaginales.

Elle engendre des conséquences personnelles négatives : souffrance, gêne et évitement de l'intimité sexuelle, frustration et/ou évitement des rapports sexuels.

On estime que 20 à 30 % des hommes adultes déclarent éjaculer trop rapidement mais peu, se décident à consulter pour ce type de motif.

L'éjaculation prématurée peut être primaire ou acquise après une période pendant laquelle le délai pour éjaculer était jugé satisfaisant, et peut être dans ce cas-là la conséquence d'une dysfonction érectile (figure 39).

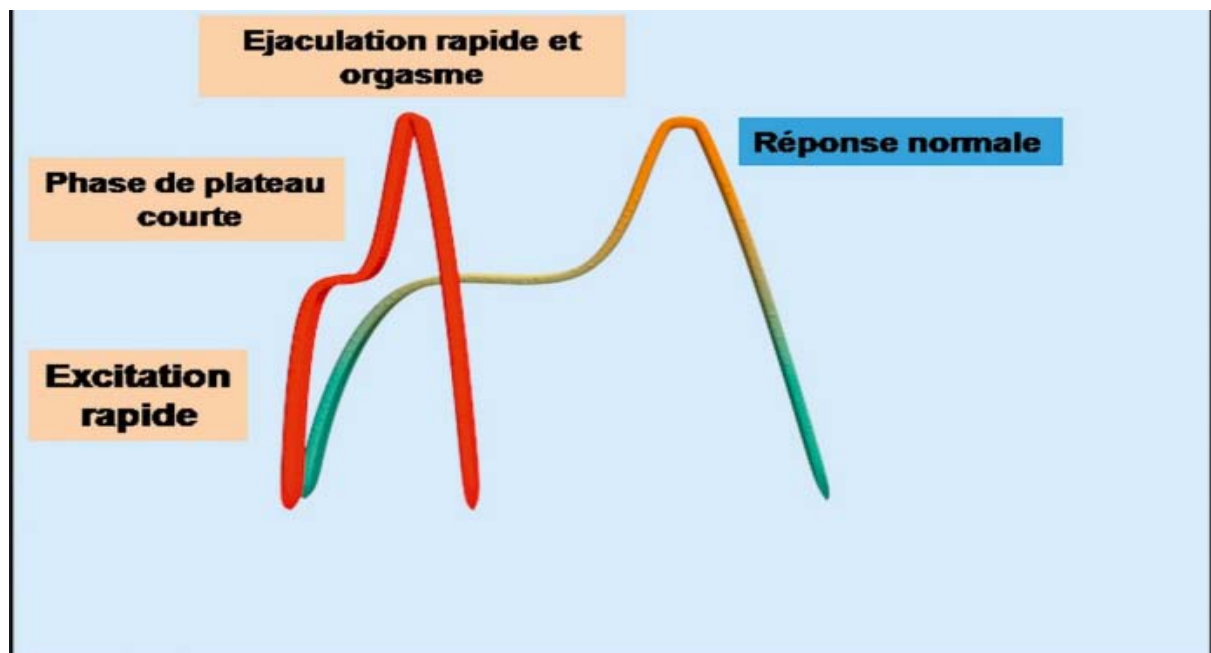


Figure 39 : La réponse sexuelle normale et celle d'un ejaculateur prématuré

c.2 L'éjaculation retardée

L'éjaculation intervient après une période d'excitation sexuelle subjectivement trop longue.

Les causes à évoquer sont : psychogène, neurologique (sclérose en plaques), iatrogénie médicamenteuse (antidépresseurs, neuroleptiques, tramadol).

c.3 L'anéjaculation

Elle est à différencier de l'éjaculation rétrograde.

Les étiologies sont nombreuses : psychogène, neurologique (paraplégie, tétraplégie), diabète, iatrogénie médicamenteuse (antidépresseurs, neuroleptiques, alpha-bloquants) ou chirurgicale (résection transurétrale de la prostate, adénomectomie par voie haute, prostatectomie totale, cysto-prostatectomie, curage ganglionnaire du cancer du testicule).

c.4 Hypospermie

Il peut s'agir d'une plainte en consultation. Les causes sont le plus souvent physiologiques (vieillesse) ou par iatrogénie médicamenteuse (alpha-bloquants) ou dans le cadre de maladie comme la mucoviscidose.

c.5 Éjaculation rétrograde

Elle correspond à l'expulsion du sperme dans la vessie après la phase d'émission caractérisée par la présence de sperme dans l'urine (spermaturie) suivant un orgasme.

Elle répond généralement à un défaut de fermeture du col de la vessie pendant l'émission du sperme. Les causes à évoquer sont : neuropathie végétative diabétique, paraplégie, tétraplégie, et médicamenteuses (alpha-bloquant).

c.6 Éjaculation douloureuse

La douleur peut survenir pendant ou immédiatement après l'éjaculation. Les causes à évoquer sont : la prostatite chronique et un syndrome douloureux pelvien chronique.

c.7 Hémospérmié

Il s'agit le plus souvent d'un symptôme bénin. Il faut toutefois penser à éliminer un cancer de prostate chez l'homme vieillissant. Elle est fréquemment observée dans les suites de biopsies de la prostate.

3.2 Les troubles sexuels chez la femme

a. Troubles du désir

Depuis toujours, le dimorphisme sexuel a opposé dans le désir la femme et l'homme : le désir masculin, captatif, primaire, se focalisant sur l'objectif final, c'est-à-dire le rapport sexuel, selon un mécanisme relativement simple de besoin et de récompense. Contrairement au désir féminin, étant indirect, secondaire, il se nourrit de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel complexe en miroir.

Les différences entre la femme et l'homme concernant le désir sexuel apparaissent clairement dans une étude de Colson et al (2006) [62]. Qui ont mis en évidence que 30 % des femmes avaient des pensées sexuelles dans la journée contre 60 % des hommes.

Le désir sexuel féminin est souvent spontanément absent même chez des femmes qui peuvent, par ailleurs, être satisfaites sexuellement.

L'existence d'une souffrance est indispensable pour parler de trouble du désir.

a.1 L'insuffisance ou l'absence du désir

On en distingue plusieurs causes :

- Désir Sexuel Hypo-Actif Primaire (Ne Jamais Eprouver De Désir) ;
- Désir Sexuel Hypo-Actif Secondaire Après Une Période De Désir Normale (Moins Bien Accepté).
- Causes Psychogènes : Dépression...
- Causes Organiques : Ménopause Chirurgicale....
- Iatrogénie Médicamenteuse : Antidépresseur, Neuroleptique, Tamoxifène.

- Causes Circonstanciellles:
 - Choc émotionnel.
 - Omission des préliminaires.
 - Dysfonction sexuelle du partenaire.
 - Conjugopathie.
 - Conditions sociales de la vie du couple.
 - Nudité mal acceptée.
 - Stérilité (rapport sexuel inutile).

a.2 L'aversion sexuelle

Cet état correspond à une conduite visant à éviter d'avoir des rapports sexuels entraînant une souffrance personnelle. La cause est essentiellement psychique.

a.3 L'excès de désir

Elle correspond à une exagération des besoins sexuels (hypersexualité ou nymphomanie), à la recherche permanente de nouveaux partenaires (comportements de séduction permanente).

Il faut savoir mettre à jour une personnalité pathologique de type histrionique ou narcissique. L'excès de désir peut être également une manifestation de troubles psychiatriques comme l'état maniaque ou la psychose.

Devant ce phénomène, il faut savoir éliminer un problème organique sous-jacent : neurologique (tumeur frontale ou temporale, épilepsie partielle, syndrome démentiel) ; toxique (intoxication alcoolique aiguë) ; iatrogène (dopaminergique, antidépresseur [virage de l'humeur], corticothérapie).

b. Les troubles de l'excitation (insuffisance)

Il s'agit d'un problème en rapport avec le degré d'excitation sexuel organique ou psychique suffisant entraînant une souffrance personnelle.

c. Les troubles de l'orgasme : On distingue :

c.1 L'anorgasmie

C'est une absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate entraînant une souffrance personnelle.

c.2 L'orgasme retardé

La stimulation et l'excitation sont jugées excessives par la femme.

d. Douleur coïtal

d.1 Vaginisme

Il s'agit d'une contraction musculaire prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien (releveurs de l'anus et adducteurs), qui entourent l'ouverture du vagin interdisant la pénétration vaginale.

Le vaginisme primaire est souvent d'origine psychologique. Il peut avoir comme cause :

- Le rigorisme religieux, le conformisme social avec culpabilisation des plaisirs du corps.
- Un traumatisme affectif : viol, inceste.
- Une tendance homosexuelle latente.
- Le rejet du partenaire (symbolise le refus d'une relation vécue comme état d'infériorité avec un homme que l'on méprise).

Le vaginisme secondaire doit faire rechercher une cause organique par un examen gynécologique complet :

- Traumatisme gynécologique : vaginite mycosique, vaginite à trichomonas vaginite atrophique de la ménopause.
- Traumatisme obstétrical : déchirure, épisiotomie mal réparée.
- Traumatisme iatrogène : cobalthérapie.

d.2 Dyspareunie

Elle correspond à des douleurs déclenchées par les relations sexuelles, On distingue :

- Les dyspareunies superficielles ou d'intromission :
 - Une étroitesse pathologique : une bride hyménale, une hypoplasie vaginale, une atrophie vaginale avec au maximum un lichen scléro-atrophique,
 - Une myorraphie trop serrée des releveurs après une cure de prolapsus, cicatricielle scléreuse du périnée après épisiotomie ou déchirure obstétricale,
 - Un herpès, un eczéma vulvaire, une fissure anale, mycose, bartholinite, des condylomes.
- les dyspareunies profondes (balistiques ou de choc) de cause toujours organique :
 - inflammation pelvienne : cervicite, annexite, cellulite pelvienne.
 - endométriose : rechercher les nodules bleutés du fond vaginal au spéculum et des nodules au toucher des ligaments utéro-sacrés.

d.3 Douleur génitale

Elle est sans rapport avec la pénétration, mais ces douleurs sont provoquées par une stimulation non coïtale. Elle génère une interférence avec la vie sexuelle, ce qui est la plupart du temps une source de souffrance.

3.3 Les paraphilies

La paraphilie (du grec para « auprès de, à côté de » et philia « amour, porter de l'intérêt à ») est un mot apparu au XXe siècle pour décrire des pratiques sexuelles qui diffèrent des actes traditionnellement considérés comme normaux.

Communément, la paraphilie est une sexualité atypique ou marginale.

Selon le DSM-IV, ce sont des impulsions sexuelles répétées, intenses, et fantasmes sexuellement excitants ou comportements impliquant : des objets inanimés (fétichisme), l'humiliation ou la souffrance (non simulée) du sujet lui-même ou de son partenaire (sadomasochisme), des enfants ou individus non consentants (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme, nécrophilie), se prolongeant au moins 6 mois, causant du désarroi ou une détérioration du fonctionnement social, occupationnel ou autre domaine important.

1.4 Transsexualisme

Le DSM-IV classe le transsexualisme dans les troubles de l'identité sexuelle, les caractéristiques diagnostiques sont :

- Identification intense et persistante à l'autre sexe.
- L'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe.
- l'adoption fréquente des conduites où l'on se fait passer pour l'autre sexe.
- Un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe.
- Le patient a la conviction qu'il possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe.
- Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.
- Le patient a la volonté de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires : Traitement hormonal, intervention chirurgical, tenue vestimentaire.
- Le patient pense que le sexe avec lequel il /elle est né(e) n'est pas le bon.
- L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.
- La souffrance est significative et s'associe à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle, il faut s'enquérir de savoir s'ils sont attirés sexuellement par des hommes, des femmes, les deux ou ni par un sexe ni par l'autre.

Dans notre étude on a choisi d'exclure les troubles d'identité sexuelle, et les paraphilies et se focaliser sur les dysfonctions sexuelles et leur relation avec la dépression.

4. la relation entre la dysfonction sexuelle et la dépression. [4] [24]

Quel que soit le type de dysfonction sexuelle, les études confirment que la prévalence est beaucoup plus importante parmi les dépressifs.

La prévalence globale de la dysfonction sexuelle chez les dépressifs est de 69 % si on interroge les patients, alors que le signalement spontané de la dysfonction sexuelle est moitié moindre.

Cette dysfonction peut être expliquée par l'état émotionnel et motivationnel du déprimé, qui est modifié dans le sens d'un déficit d'affects positifs et d'un excès d'émotions négatives. Il existe aussi un déterminisme génétique de la composante « affect négatif » qui constitue la vulnérabilité du sujet. En outre, le manque de « contrôle perçu » amène le patient à croire qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux événements de vie.

Les troubles sexuels peuvent être, aussi attribués à l'anhédonie présente dans tout état dépressif.

4.1 L'effet sexuels des antidépresseurs

L'effet des psychotropes (Tableau IV) a été confirmé par l'étude de BONIERBALE et al portant sur plus de 4557 patients. Il y est retrouvé une plus forte proportion de dysfonction sexuelle chez les sujets déprimés et davantage encore chez ceux qui sont traités. [25]

L'antidépresseur agit sur les différentes étapes de la sexualité [22] [23].

- le désir : est lié au centre dopaminergique méso limbique, site de production des endorphines naturelles.

Ce stade est stimulé par le bupropion (noradrénergique et inhibiteur de recapture de la dopamine) et les amphétamines (dopaminergiques), et inhibé par les antipsychotiques qui bloquent les récepteurs dopaminergiques et augmentent la prolactine.

- l'excitation sexuelle : est facilitée par l'oxyde nitrique (NO) et l'acétylcholine qui préparent ainsi les organes génitaux externes au coït.

Ce stade est stimulé par les IPDE5, les prostaglandines et les dopaminergiques et inhibé par les ISRS et les anticholinergiques.

- l'orgasme et l'éjaculation sont facilités par la noradrénaline, et inhibés par la sérotonine (qui active les récepteurs 5HT2A) ainsi que les ISRS.

Ces mécanismes sont fondamentaux au regard de la prescription des antidépresseurs, de manière à sélectionner les molécules induisant le moins d'effets sexuels délétères et d'informer les patients.

La variabilité des effets sexuels des antidépresseurs est bien établie, certains antidépresseurs ont été utilisés pour leurs effets négatifs (ISRS dans l'éjaculation précoce).

Le Bupropion ne serait pas délétère pour la sexualité, il est même employé aux États-Unis pour corriger les effets sexuels négatifs induits par les autres antidépresseurs [26].

Tableau IV : L'effet des antidépresseurs sur la fonction sexuelle [4]

Antidépresseurs	Effets sur la fonction sexuelle
Tricycliques	Diminuent l'excitation, retardent ou suppriment l'éjaculation et l'orgasme (surtout la clomipramine)
Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Effet inhibiteur sur l'éjaculation et l'orgasme (surtout paroxétine) Certains ont moins d'effets négatifs (sertraline, citalopram)
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRS+NA)	Le milnacipran aurait peu d'effets sexuels négatifs
Les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO)	Effets négatifs sur l'érection et l'éjaculation Pas le moclobémide (IMAO-B) qui aurait plutôt des effets sexo-stimulant chez les patients déprimés

II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS :

1. Analyse descriptive

1.1 Les caractéristiques socio démographiques des patients déprimés

a. Sexe

Dans notre étude, il y a une prédominance nette des sujets déprimés de sexe féminin (58,6%). Cette caractéristique est similaire à celle retrouvée dans l'étude française Bonierbale M et al (2003) autour de (4557) patients déprimés et qui a révélé que l'épisode dépressif majeur est une pathologie mentale à prédominance féminine [25].

b. Age

Dans notre étude, la moyenne d'âge retrouvée est de 37 ans, avec un âge minimal de 17 ans, et un âge maximal de 68 ans.

La tranche d'âge entre 32 à 42 ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle constituait 38,9%. Ainsi cette particularité sociodémographique est proche de celle retrouvée dans l'étude tunisienne Hamzaoui S et Al (2016) qui a trouvé une moyenne d'âge de (37,64) ans et une prédominance des patients âgés de 35 à 39 ans (23,33%) [27].

c. Statut marital

Dans notre étude, la majorité des patients était mariée avec un pourcentage de (81%), alors que (13,8%) était célibataire, et que seulement (5,2%) était divorcé.

Contrairement aux études suivantes: Angest (1998), Bonierbale et Al. (2003), Cyranowski et Al(2004), Kendurkar Et Kaur (2008), Serreti Et Chiesa (2009), Thakurta Et Al(2012), où le statut marital des patients déprimés était dominé par les célibataires et où les mariés avaient un très bon bien être moral [25] [28] [29] [30] [31] [32].

Ainsi le mariage peut promouvoir un fonctionnement psychologique positif, et semble protéger contre la dépression, en effet, les célibataires avaient un bien-être moins élevé que celui des mariés mais beaucoup mieux que celui des divorcés [33] [34] [35].

Cette différence du profil marital entre les études occidentales et notre étude peut être expliquée par la différence culturelle, sociale, économique et aussi religieuse des deux sociétés et cette hypothèse est renforcée par les résultats de l'étude tunisienne Hamzaoui S et Al. (2016) dont les résultats rejoignent les nôtres avec une prédominance des déprimés mariés (96,66%) [27].

d. Niveau d'instruction

Dans notre étude, la majorité des patients déprimés a un niveau d'instruction moyen (scolarisé jusqu'au collège) (34,5%), alors que (24,1%) n'était jamais scolarisé, et que seulement (13,8%) avait un niveau d'instruction universitaire.

Nos résultats diffèrent de ceux trouvés dans les études suivantes : Bonierbale Et Al (2003), Cyranowski Et Al(2004), Kendurkar Et Kaur (2008), Serreti Et Chiesa(2009), Singh Et Al (2009), Thakurta Et Al (2012), où la majorité des patients déprimés avait un niveau d'étude universitaire [25] [29] [30] [31] [32] [36].

Cette différence du niveau d'instruction entre les études occidentales et notre étude peut être expliquée par la différence culturelle sociale économique des deux sociétés.

Cette hypothèse est renforcée par les résultats de l'étude Tunisienne Hamzaoui S et al où (36,66%) des patients déprimés ont un niveau d'étude moyen, ce qui concorde avec nos résultats [27].

e. Sévérité de la dépression

Selon l'échelle de sévérité de la dépression HAMILTON, (62,1%) de nos patients présentait un épisode dépressif caractérisé sévère lors de l'enquête, suivie de (22,4 %) qui avait une dépression modérée.

Contrairement à l'étude tunisienne Hamzaoui S et al (2016) autour de 30 patients qui a trouvé plus de cas d'épisode dépressif d'intensité moyenne (50%) des patients, alors que l'épisode dépressif sévère ne faisait que (16,66%) [27].

La sévérité de la dépression chez nous peut être témoin de la relative tolérance de la symptomatologie dépressive dans notre société ou du retard diagnostique.

1.2 Etude des troubles sexuels

a. La présence de trouble sexuel chez les patients déprimés

Selon l'échelle d'évaluation des troubles sexuels ASEX (77,6%) des patients déprimés vus en consultation avait une dysfonction sexuelle quelconque.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, avec des fréquences de trouble sexuel variant entre 50 et 80% (tableau V) [25] [28] [29] [31] [32] [38].

L'existence des troubles sexuels au cours de la dépression peut être attribuée à l'anhédonie présente dans la dépression, ainsi qu'à l'état émotionnel et motivationnel du déprimé qui est modifié dans le sens d'un déficit d'affects positifs et d'un excès d'émotions négatives [4] [37].

Tableau V : la fréquence de la dysfonction sexuelle chez les patients déprimés

Auteur	Pays	Année d'étude	Effectif	Fréquence de la dysfonction sexuelle
Casper et Al	Les états unis	1985	132	72%
Angest, J	La Suisse	1998	591	50%
Bonierbale et Al	La France	2003	4557	69%
Cyranowski et Al	Les états unis	2004	1997	78,8%
Kendurkar et Kaur	L'inde	2008	100	78,9%
Notre étude	Maroc, (Marrakech)	2017	66	77,6%

b. La chronologie de l'apparition du trouble sexuel par rapport à la dépression

Dans la littérature et selon les études faites par Serreti et chiesa(2009) et Baldwin(2001) La dysfonction sexuelle et la dépression semblent inter reliées, mais le lien de causalité demeure complexe : [4] [30] [39]

- soit que la dysfonction sexuelle précède la dépression, est qui peut être la conséquence de cette dysfonction suite au stress psycho–relationnel et social induit par cette dysfonction et cela est uniquement si l'individu est « vulnérable ».
- Soit que la dépression précède la dysfonction sexuelle, et qui peut être expliquée par les distorsions cognitives à propos de la performance et des pensées négatives à propos de la sexualité qui sont des schémas de pensées présentes lors de la dépression selon Tudel (2003) ou bien suite aux effets secondaires sexuels des antidépresseurs [40] [41].

Dans notre étude (53,4%) des patients ont rapporté que leurs troubles sexuels sont apparus après l'installation de l'épisode dépressif caractérisé, alors que (20,7%) ont rapporté qu'ils avaient une dysfonction sexuelle avant la survenue de la dépression.

c. Traitement de la dépression

Dans la littérature et en se référant aux conclusions de l'étude de Bonierbale (2003) et de Martin R et al (2008) : les effets secondaires d'ordre sexuel des antidépresseurs peuvent être la cause de l'arrêt du traitement.

Dans notre étude et parmi les patients traités par antidépresseurs, (43,1%) de l'ensemble de nos patients, (1,9%) ont arrêté leur traitement sans se référer à leur médecin traitant [25] [42].

d. Le trouble de désir chez les patients déprimés

Dans la littérature, la prévalence du trouble de désir chez les personnes déprimées varie de 35% à 75% (Tableau VI). Cela a été expliqué par McCarthy et al ainsi que Basson et al qui rapportent que l'état dépressif engendre des symptômes comme le ralentissement des fonctions corporelles, un désintérêt pour les plaisirs de la vie dont le plaisir sexuel, ainsi qu'un appauvrissement de la pensée, dont la pensée sexuelle et les fantasmes [43] [44].

Notre étude rejoint la littérature, plus que la moitié des patients de notre étude (58,6%) a présenté une diminution des pulsions sexuelles (désir) [25] [27] [28] [29] [31] [32] [33].

Tableau VI : La fréquence du trouble de désir chez les déprimés

Auteur	Pays	Année d'étude	Effectif	fréquence de la comorbidité
Casper Et Al	Les états unis	1985	132	70%
Angest, J	La Suisse	1998	591	50%
Bonierbale Et Al	La France	2003	4557	75%
Cyranowski Et Al	Les états unis	2004	1997	35%
Kendurkar Et Kaur	L'inde	2008	100	69%
Hamzaoui S et Al	La Tunisie	2016	30	53%
Notre étude	Maroc, Marrakech	2017	66	58,6%

e. Les troubles d'excitation chez les déprimés

Nobre Et Pinto–Gouveia (2008) ont expliqué les troubles d'excitation au cours de la dépression par l'existence de pensées négatives et que ce contenu cognitif négatif était significativement corrélé avec un niveau d'excitation sexuelle plus faible [45] [46].

Dans notre étude, plus que la moitié de notre échantillon évalué (53,4%) a présenté une diminution de l'excitation sexuelle.

Des résultats similaires étaient trouvés dans la littérature (Tableau VII) [27] [31] [32].

Tableau VII : La fréquence de trouble d'excitation chez les déprimés.

Auteur	Pays	Année d'étude	Fréquence de la comorbidité
Kendurkar Et Kaur	L'inde	2008	57,9%
Thakurta Et Al	L'inde	2012	22,2%
Trabelsi	Tunisie	2014	40%
Hamzaoui S et Al	Tunisie	2016	58,06%
Notre étude	Maroc, Marrakech	2017	53,4%

f. La dysfonction érectile chez les patients déprimés

Plusieurs études ont souligné la relation bidirectionnelle entre la dépression et la dysfonction érectile [51] [52] [53].

Ainsi, il semble que la dépression chez l'homme est associée à une diminution potentiellement réversible de la capacité érectile, qui peut être associée à un dysfonctionnement sexuel important, et cela est confirmé par les études suivantes : Shabsigh, Thase et al, kendukar et al [32] [48] [49] [50].

Araujo et al ont révélé que la dépression multiplie par deux le risque de dysfonction érectile par rapport à la population générale [8] [47].

Cette dysfonction érectile peut faire suite au dysfonctionnement endothélial résultant de la dépression, des traitements antidépresseurs ou de la combinaison des deux [8]. Selon l'étude de Seidman et al, moins d'un quart des hommes sous ISRS développe une dysfonction érectile. [55]

Les résultats de notre étude sont proches de ceux de la littérature, par un taux de dysfonction érectile à 50% dans la population dépressive (Tableau VIII).

Tableau VIII : La fréquence de la dysfonction érectile chez les déprimés.

Auteur	Nombre de patients	Fréquence de la dysfonction érectile chez les patients déprimés
Kendukar	100	32%
Shabsigh	120	54%
Thase et Al	34	40%
Notre étude	66	50%

g. Les troubles d'éjaculation chez les patients déprimés

La médecine fondée sur des preuves modernes a reconnu que la dépression pourrait être une cause ou conséquence des troubles de l'éjaculation, dans une relation bidirectionnelle. Cependant, certaines études n'ont pas trouvé d'association positive entre les symptômes de la dépression et les troubles éjaculatoires [57] [58].

Dans la littérature et selon l'étude de R Porto et Giuliono qui rapportaient que (25,4%) des patients déprimés avaient une diminution de la force de l'éjaculation, qui est à l'origine d'une éjaculation prématurée chez des patients avec une dysfonction érectile per coïtale qui se dépêchent d'éjaculer avant de perdre l'érection [21].

Dans notre étude (39,59%) avaient une diminution de la force d'éjaculation. Une étude coréenne autour de 334 patients a mis en évidence la relation entre la dépression et l'éjaculation précoce par une prévalence de 10,5% d'éjaculation prématurée chez les patients déprimés [56]. Notre étude rejoint ces résultats par une fréquence de (11,11%).

h. La lubrification vaginale chez les malades déprimés

Dans notre étude plus que le tiers de nos patientes avec une dépression caractérisée (35,3%) a rapporté l'existence d'un déficit ou absence de lubrification au moment du rapport sexuel. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature (Tableau IX) [25] [27] [29] [32].

Tableau IX : La fréquence des troubles de la lubrification chez les déprimées.

Auteur	Pays	Année d'étude	Effectif	Fréquence de la comorbidité
Bonierbale Et Al	La France	2003	4557	35%
Cyranowski Et Al	Les états unis	2004	1997	40,9%
Kendurkar Et Kaur	L'inde	2008	100	42,1%
Hamzaoui S et Al	La Tunisie	2016	30	49,94%
Notre étude	Maroc (Marrakech)	2017	66	35,3%

i. La douleur génitale post coïtal chez les patientes déprimées

Dans notre étude (38,2%) des patientes déprimées souffraient fréquemment (dans plus d'une fois sur deux) de douleur au moment, ou après chaque rapport sexuel.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature par l'étude de Chang et al, (2012) qui parle d'une forte corrélation entre la dépression et l'importance de la douleur génitale chez les femmes évaluée par l'échelle FSFI. [60].

On doit garder à l'esprit que la douleur touche directement l'acte sexuel. Elle est parfois liée voire expliquée par une absence de lubrification vaginale qui souligne par là même l'insatisfaction sexuelle ou l'absence de désir causé aussi par la dépression dans la majorité des cas [27] [58].

j. Les troubles d'orgasme chez les patients déprimés

Lunde et Al dans leur étude faite en (1991) ont mis en évidence l'altération des différentes phases de la sexualité au cours de la dépression en l'occurrence le désir sexuel, qui peut être à l'origine du trouble d'orgasme. [61]

Colson et Cours expliquent les troubles de l'orgasme au cours de la dépression par le fait que, la distorsion cognitive autour de la performance d'estime de soi et de la culpabilité, est source de perturbation qui vient entraver la détente et l'accès au plaisir. [62]

Ainsi, dans la littérature, la prévalence des troubles de l'orgasme varie entre (11,11%) et (61,29%) (Tableau X).

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature par une fréquence des troubles d'orgasme à (51,7%) chez nos patients déprimés [25][27][29][31][32].

Tableau X : La fréquence des troubles d'orgasme chez les déprimés

Auteur	Pays	Année d'étude	Effectif	Fréquence de la comorbidité
Bonierbale Et Al	La France	2003	4557	25%
Cyranowski Et Al	Les états unis	2004	1997	37,9%
Kendurkar Et Kaur	L'inde	2008	100	47,3%
Hamzaoui S et Al	La Tunisie	2016	30	61,29%
Notre étude	Maroc, Marrakech	2017	66	51,7%

k. L'insatisfaction conjugale chez les patients déprimés

Les résultats des recherches indiquent que la détresse conjugale peut augmenter le risque de dépression. Cependant la dépression peut être un précurseur de l'insatisfaction conjugale et cette relation bidirectionnelle a été expliquée par l'étude de Beach et al, (2003) et qui a conclu que l'interaction entre la détresse maritale et psychologique induit des effets croisés entre les conjoints. [63]

Le lien bidirectionnel entre l'insatisfaction maritale et la dépression est expliqué par deux modèles théoriques :

- le modèle de détresse conjugale de la dépression (Gotlib et Beach 1995) propose que la détresse maritale se manifeste par la diminution de divers types de comportements adaptatifs et une augmentation de comportements négatifs, conduisant à la dépression qui augmente divers types de comportements inadaptés dans les rapports interpersonnels aggravant ainsi la dépression. [64]
- Selon le modèle de génération de stress (Davila J et al), il s'agit d'un processus par lequel des personnes dépressives contribuent à l'occurrence du stress dans leur vie et également à leur expérience dépressive. Les sujets dépressifs peuvent provoquer des situations conjugales oppressantes qui contribuent à maintenir ou à accroître la dépression. [65] [66]

Peu importe la cause primaire, les deux modèles s'accordent pour affirmer que la dépression et la détresse conjugale créent un cercle vicieux où les deux modèles s'influencent. [33]

Ainsi, les comportements négatifs des partenaires comme les critiques, les abus psychologiques, et physiques et les violations de la confiance peuvent être associés à la dépression et aux problèmes conjugaux selon les études suivantes : Beach et al (1998) et Christian -herman et al (2001) [69] [70].

Dans notre étude, plus que les deux tiers des patients interrogés (69%) sont insatisfaits de leur sexualité ainsi que des différents aspects de la vie relationnelle, dont (25,62%) se plaignaient de la qualité de leur vie sexuelle et (10,74%) étaient dérangés par l'absence d'un dialogue intime dans le couple.

Nos résultats dépassent ce qui est décrit dans la littérature, qui varie de (11,11%) à (46,66%) (Tableau XI) [27] [31] [32].

Tableau XI : La fréquence de l'insatisfaction conjugale chez les déprimés.

Auteur	Pays	Année d'étude	Pourcentage de la comorbidité
Kendurkar Et Kaur	L'inde	2008	42,1%
Thakurta Et Al	L'inde	2012	11,11%
Hamzaoui S. Al	La Tunisie	2016	46,66%
Notre étude	Maroc, Marrakech	2017	69%

L. La fréquence des rapports sexuels chez les déprimés.

Dans notre étude (55,2%) des patients ont déclaré une diminution de la fréquence de leurs rapports sexuels. en contrepartie, (6,9%) ont rapporté une augmentation de la fréquence de leurs rapports sexuels.

L'existence d'une diminution de la libido est généralement admise comme faisant partie du tableau clinique de l'état dépressif. Une augmentation de la libido est aussi constatée chez certains patients. Cet accroissement renvoie probablement à un mécanisme "compensatoire" de la dysfonction orgasmique chez les déprimés.

Nos résultats sont appuyés par ceux de la littérature, l'étude faite par Lykins et al (2006), et l'étude tunisienne Hamzaoui et al en (2016) (tableau XII). [27] [69] [70].

Tableau XII: La fréquence des rapports sexuels chez les déprimés.

Etude	Sexe des patients déprimés	Nombre de patients	Diminution de la fréquence sexuelle	Fréquence inchangé	Augmentation de la fréquence sexuelle
Lykins et al	Femmes	370	50,5%	40%	9,5%
Lykins et al	Hommes	298	42%	49%	9%
Hamzaoui S et al 2016	Femmes	30	83,33%	16,66%	0%
Notre étude	Groupe mixte	66	55,2%	37,9%	6,9%

m. La présence de gêne chez les patients déprimés ayant une dysfonction sexuelle.

La gêne qui s'installe chez les patients déprimés atteint de dysfonction sexuelle est expliquée par l'altération de l'image identitaire du sujet : perte de puissance virile chez l'homme (humiliation), peur de l'abandon chez la femme (dévalorisation narcissique). Elle confronte la personne à une perte d'objet (deuil symbolique) et à une baisse de l'estime de soi. Elle induit un sentiment négatif (honte, culpabilité, peur du jugement), et une crainte de contact intime, ainsi une attitude d'évitement (crainte d'échec) ce qui crée un fossé avec repli et hostilité du partenaire. L'incompréhension du partenaire aggrave les symptômes dépressifs et augmente la gêne. [4][79]

Dans notre étude (58,6%) de nos patients étaient moyennement, très ou extrêmement gênés.

2. Analyse bi-variée.

2.1 La relation entre les troubles sexuels et les variables sociodémographiques.

a. Sexe

Dans la littérature, les études de Lykins Janssen et Graham (2006) et de Thakurta et al ont démontré que les femmes ayant des symptômes dépressifs vivent plus de problèmes sexuels que les hommes [31] [69] [71].

Johnson et Jacob (1997 ; 2000) trouvent que même lorsque les maris dépressifs montrent une plus grande sévérité de symptômes que leurs conjointes, ces dernières manifestent des interactions moins positives avec leurs partenaires. [72][73]

Edward O et Laumann confirment ce qui est dit auparavant par une prédominance des troubles sexuels chez les femmes déprimées dans 43% contre 31% chez l'homme [74].

Dans notre étude, une légère prédominance insignifiante des femmes déprimées atteintes de troubles sexuels par rapports aux hommes. Et cette particularité est due à notre échantillon qui est restreint.

b. Scolarisation

Dans la littérature, un faible niveau d'étude ou d'éducation est un facteur associé à la dysfonction sexuelle, sans que l'on sache réellement si ces conditions sont directement responsables de la dysfonction sexuelle ou si elles agissent par le biais d'une mauvaise connaissance et d'un défaut d'information sexuelle [75] [76] [77] [78].

Notre étude conclue que les troubles sexuels sont indépendants du niveau d'instruction de nos patients déprimés. Cela peut être expliqué par l'absence d'une éducation sexuelle quelque soit le niveau de scolarisation des patients et par le nombre restreint de nos patients.

2.2 La relation entre les troubles sexuels et la sévérité de la dépression

Dans la littérature, une forte corrélation entre la sévérité de l'épisode dépressif, et le degré d'altération de la fonction sexuelle globale a été mise en évidence [25] [27] [31].

Cette corrélation est expliquée par Génonet et al (2013), qui ont rapporté que la fonction sexuelle normale qui est négativement corrélée à la sévérité de la dépression peut être due aux auto-schémas négatifs présents au cours de la dépression. Quand ils sont activés, entraînent des pensées automatiques négatives qui les empêchent de se focaliser sur le contexte érotique, et cela proportionnellement à la sévérité de la dépression [79].

Dans notre étude les troubles sexuels sont mis en évidence chez les patients déprimés indépendamment du degré de sévérité de la dépression, et cela peut être expliqué par le nombre restreint de notre échantillon.

2.3 La relation entre l'insatisfaction conjugale et la sévérité de la dépression

Dans la littérature une forte corrélation bidirectionnelle entre la sévérité de la dépression et l'insatisfaction conjugale a été mise en évidence : [27] [31] [32].

- Trudel et al : dans une étude populationnelle réalisée au Québec sur 499 patients déprimés en évaluant leur fonctionnement conjugal, les résultats montrent que deux fois plus de sujets déprimés présentent des difficultés conjugales et cela proportionnellement à la sévérité de la dépression. [80] [81]
- Earle et al : suggèrent que la détresse conjugale peut augmenter le risque et la sévérité de la dépression, alors qu'un fonctionnement conjugal satisfaisant et un facteur protecteur contre la détresse psychologique. [82]
- Weissman : les données épidémiologiques indiquent qu'un mariage malheureux constitue un risque de dépression et ce risque peut augmenter de facteur de 25. [83]
- Hamzaoui S et al : ont rapporté que l'existence de problèmes de couple était significativement corrélée au degré de l'insatisfaction qui était de 46,66% chez les sujets déprimés. [27]

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, par un taux d'insatisfaction conjugale de (75%) chez les patients diagnostiqués avec dépression sévère.

2.4 La relation entre l'insatisfaction conjugale et la présence des troubles sexuels.

a. L'insatisfaction conjugale et la présence des troubles sexuels

L'étude de Thakurta a rapporté une proportionnalité positive entre l'insatisfaction conjugale et la dysfonction sexuelle, cette relation a été approuvée par l'étude tunisienne Hamzaoui et al. [27] [31].

Gagné M et al, par leur étude, rapportent que la présence de symptômes dépressifs semble avoir beaucoup moins d'effets négatifs sur le fonctionnement sexuel lorsque la satisfaction conjugale ou amoureuse est grande [84].

Nos résultats rejoignent ce qui est dit par une fréquence d'insatisfaction conjugale de (88,90%) chez nos patients déprimés ayant une dysfonction sexuelle quelconque.

b. L'insatisfaction conjugale et trouble du désir sexuel

Tel mesuré par le (MARITAL HAPPINESS SCALE), les patients diagnostiqués avec une dépression et ayant une baisse du désir sexuel ont plus d'insatisfaction voire plus de difficultés conjugales.

Ceci est expliqué par Trudel et al, par le fait que la perception des habilités de communication du conjoint par le partenaire ayant un trouble du désir est moins appropriée que la perception de ces habilités par les partenaires sans trouble du désir [85].

Nos résultats appuient ce qui est dit par une fréquence d'insatisfaction conjugale à (94,10%) chez nos patients déprimés présentant une baisse du désir sexuel.

c. L'insatisfaction conjugale et trouble de l'excitation

Dans notre étude, les patients consultant pour dépression et chez qui une diminution voire absence d'excitation sexuelle a été mise en évidence, rapportent dans (96,80%) leur insatisfaction conjugale dans tous ses aspects sexuels et relationnels.

Cette proportionnalité entre les troubles d'excitation et l'insatisfaction conjugale est étudiée par Hamzaoui S et al, ainsi que Thakurta qui ont confirmé ce lien de causalité. [27] [31]

d. L'insatisfaction conjugale et trouble d'érection

Au cours de l'étude de la nationale « health and social life survey » réalisée aux Etats Unis, par Laumann et coll, une association significative entre les problèmes d'érection et le faible degré de satisfaction physique et émotionnelle et le bonheur conjugal à été mise en évidence. Même résultat était rapporté par l'étude defugl-meyer qui a évalué plusieurs aspects de la satisfaction existentielle chez 413 hommes avec dysfonction érectile ainsi que l'étude de S. Droupy, F Giuliano, où les patients insatisfaits, ne se voyaient pas vivre toute leur vie avec une dysfonction érectile. [74] [86] [87]

Dans notre étude, la totalité (100%) de nos patients déprimés ayant une dysfonction érectile rapporte leur insatisfaction.

Nos résultats dépassent ceux de la littérature, qui rapporte à travers l'étude de F Giuliano et Chevret-Measson M, que (68%) des hommes présentant une insuffisance érectile, sont "insatisfaits". [88]

Cette différence de résultat peut être expliquée par la différence de culture entre nos deux sociétés arabe et occidentale. Ainsi dans notre société marocaine, arabo-musulmane la représentation symbolique de la virilité masculine est résumée essentiellement dans l'érection ainsi toute altération de cette dernière entraîne une blessure narcissique profonde, qui va conduire à une perte d'estime de soi et insatisfaction personnelle et conjugale. [89]

e. L'insatisfaction conjugale et anomalie d'éjaculation

Dans la littérature et en se référant à l'étude de R.Porto, F.Giuliano, (31%) des hommes déprimés souffrant d'un problème d'éjaculation (une éjaculation précoce en tête de liste) étaient insatisfaits de leur relation conjugale, cela est expliqué par la perte de la confiance sexuelle. Ainsi l'homme se sentant incapable de satisfaire sa partenaire, anticipe l'échec, évite de nouer de nouvelles relations pour ne pas être confronté aux problèmes, et même interrompt celles existantes. [22][90] [91].

Dans notre étude (92,30%) les patients avec éjaculation précoce, absence d'éjaculation ou diminution de la force d'éjaculation rapportaient leur insatisfaction conjugale.

Cette différence de résultats peut être due à la particularité de notre étude qui rassemble un nombre important de patients avec dépression sévère ce qui retentit négativement sur la satisfaction et aussi sur la fonction sexuelle des patients.

f. L'insatisfaction conjugale et trouble de lubrification

L'absence de lubrification vaginale qui souligne par-là même l'absence de désir survenue au cours de la dépression, est étroitement liée à l'insatisfaction conjugale. [59]

Cette relation proportionnelle entre l'absence de lubrification et l'insatisfaction conjugale a été rapporté par l'étude tunisienne S. Hamzaoui et al, ainsi que F. Cours et al. [84] [27].

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature par une fréquence d'insatisfaction à (91,70%), chez nos patientes diagnostiquées avec une dépression et souffrantes d'absence de lubrification.

g. L'insatisfaction conjugale et douleur coïtale

Dans la littérature, une liaison statistiquement significative a été trouvée entre la présence de douleur coïtale et l'insatisfaction sexuelle chez les patients ayant une dépression évaluée par l'échelle d'Edinburg: plus le score de dépression était élevé, plus elle avait de douleur plus elle était insatisfaite.

La présence de douleur chez les patientes déprimées peut être liée à l'absence de lubrification ainsi que l'absence de désir [59].

Les résultats de notre étude rejoignent ceux de la littérature avec une insatisfaction conjugale de (84,60%) chez les femmes souffrantes de la douleur au moment ou en post coïtal.

h. L'insatisfaction conjugale et la présence de dysfonction sexuelle chez le partenaire.

Une étude polonaise menée par (Dolinska-Zygmunt et Nomejko, 2011), auprès de 100 personnes a révélé une association significative entre la qualité de vie et la satisfaction sexuelle : autant la satisfaction sexuelle était élevée, meilleure était la qualité de vie. [92]

De même Trudel qui revient avec la même conclusion qui est: une dysfonction sexuelle chez un partenaire conduit à des difficultés conjugales et à l'insatisfaction conjugale dans tous ses domaines, mesurée par le (MARITAL HAPPINESS SCALE). [93]

Sager 1976 a mentionné que 75% des couples consultant pour dysfonction sexuelle au sein du couple, ne sont pas satisfaits de leur vie sexuelle. [94]

Riley par son étude rapporte la relation étroite entre la dysfonction sexuelle chez l'homme et ses conséquences sur la partenaire et ses effets potentiellement dévastateurs pour le couple faisant suite à la frustration féminine, le sentiment d'absence de désir envers elle, la

jalousie, la peur de séparation. Ainsi la satisfaction conjugale est rapportée comme très faible 61,8% chez les femmes dont le conjoint a une dysfonction sexuelle. [95]

La dysfonction sexuelle chez l'un des partenaires a un impact négatif sur la relation du couple à longue durée, par l'installation de l'insatisfaction conjugale dans tous ses aspects, affectifs, intellectuels et social [90] [96] [97].

Dans notre étude, la totalité (100%) des patients déprimés dont le conjoint est atteint d'une dysfonction sexuelle quelconque, rapportent leur insatisfaction conjugale.

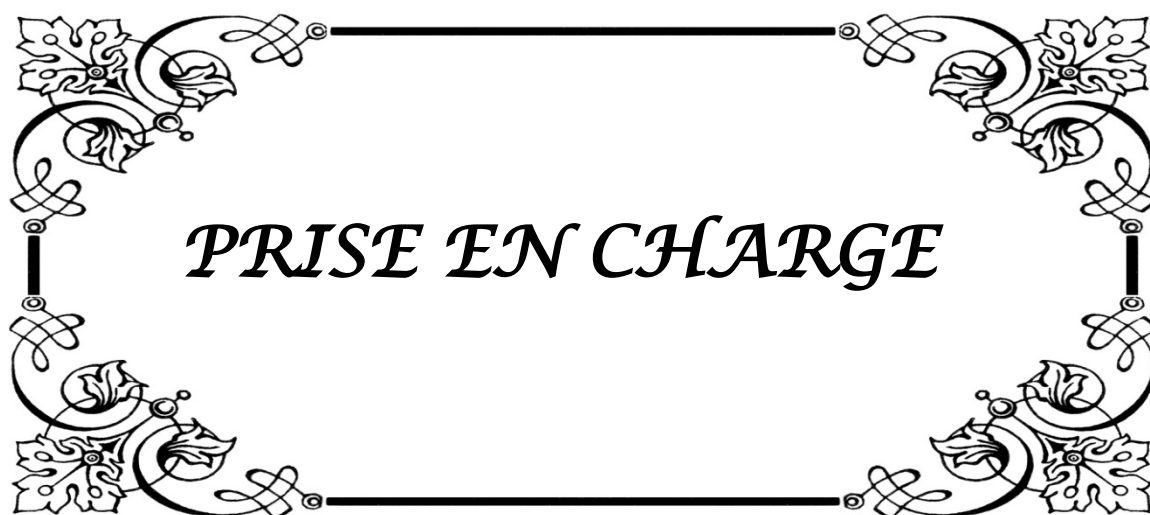
III. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE.

Nous avons essayé à travers ce travail, d'étudier les caractéristiques épidémiologiques de la dépression, sa relation avec les dysfonctions sexuelles et son retentissement sur la qualité de vie du couple.

Le manque des statistiques et des travaux dans notre pays sur ce sujet rend la comparaison de nos résultats avec les données de la littérature internationale difficile.

Notre étude est transversale portant sur le recueil des informations lors d'un entretien psychiatrique selon un questionnaire établi en français expliqué aux malades en arabe dialectale, chose qui peut induire un biais en matière de recueil d'information.

Les limites de ce travail résident également dans le nombre réduit des patients inclus, ainsi que la prédominance du sexe féminin.



La prise en charge thérapeutique des troubles sexuels chez les déprimés nécessite de la part des patients une réelle motivation au traitement et pas seulement l'envie de satisfaire leurs partenaires.

Avant de proposer un éventuel traitement, il faut déterminer le degré réel de la souffrance du patient par rapport à la dysfonction sexuelle, tout en sachant que cette dernière retentit fréquemment sur la perception de la satisfaction sexuelle globale et de la relation avec le conjoint, véritable cercle vicieux, ces pensées négatives renforcent la dysfonction et maintient la dépression.

Cette motivation du patient à rechercher un traitement est importante et modulée par le contexte culturel et sociétal.

I. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

1. Traitement antidépresseur

Le traitement de référence dans la prise en charge médicamenteuse de la dépression et des troubles sexuels repose sur les antidépresseurs. Plusieurs mesures peuvent être assez facilement proposées afin d'éviter l'arrêt itératif de la prise médicamenteuse par les patients, et ainsi la chronicisation de la symptomatologie : [1] [4] [21]

- Informer le patient de la probabilité connue de survenue d'effets sexuels négatifs d'une molécule lors de sa prescription.
- Conseiller d'attendre, de patienter, quand le maintien d'un antidépresseur s'impose pour des raisons d'efficacité spécifique.
- Réduire les doses du traitement antidépresseur.
- Prescrire un antidépresseur à impact adrénergique ou dopaminergique dont l'effet secondaire sexuel est moindre.
- Changer pour un antidépresseur dépourvu ou ayant peu d'effets sexuels (tianeptine, mirtazapine, agomélatine.) Quand cela est possible.

- Eliminer les autres traitements iatrogènes que le sujet peut prendre pour diverses pathologies.
- Associer des « correcteurs » possibles (Ginko biloba, cyproheptadine)
- Une prise en charge uniquement de la dépression ne suffit pas pour traiter certaines dysfonctions sexuelles, ainsi on a eu recours à prescrire des molécules sexo-actives et à traiter la conjugopathie éventuelle.

Les antidépresseurs agissent par le biais de leurs effets secondaires sur l'éjaculation en prolongeant sa durée ainsi peuvent être utilisés comme traitement de l'éjaculation précoce.

La Dapoxétine est un ISRS à demi-vie courte, en comparaison des ISRS antidépresseurs. Elle a été enregistrée pour le traitement à la demande (prise recommandée une heure environ avant le rapport) de l'éjaculation primaire dans certains pays. Les effets secondaires (nausées, vertiges, céphalées, diarrhée, somnolence, fatigue) sont doses dépendantes. [98][99]

La Clomipramine, a prouvé son efficacité dans le traitement de l'éjaculation précoce, c'est un traitement au long cours uniquement palliatif, car le plus souvent le trouble réapparaît plus ou moins rapidement à l'arrêt, ainsi une psycho sexologique est associée afin de consolider le résultat [100].

2. Traitement hormonal. [20] [46] [59] [101]

2.1 Traitement oestrogénique local

Du fait de l'association entre les troubles de l'excitation, de la lubrification et du désir, un consensus fort va vers le traitement des problèmes de lubrification par l'utilisation d'oestrogènes en application locale.

La qualité du rapport sexuel sera améliorée, ce qui pourra réactiver un désir sexuel éteint.

2.2 Pilule ostrogénique

Le changement de contraceptif pour une pilule plus dosée en estrogènes permet d'améliorer la lubrification.

2.3 Contraception progestative ou continue

Permettrait d'améliorer les syndromes douloureux liés aux congestions pelviennes

2.4 La déhydroépiandrostérone (DHEA)

Est un androgène, réputé pour ses effets anti-âge. La DHEA, en application locale, augmenterait l'excitation chez des femmes ménopausées par le biais d'une amélioration de la lubrification ainsi qu'à une augmentation du désir, de l'excitation et de l'orgasme.

2.5 La tibolone (stéroïde de la famille des dérivés 19-nor testostérone)

Par voie orale à la dose de 2,5 mg par jour (Livial®) chez la femme ménopausée a permis une augmentation du désir, de l'excitation subjective et des fantasmes érotiques, avec une meilleure lubrification vaginale.

3. Traitement non hormonal [4] [20] [26] [59] [102] [103] [104] [105] [106]

3.1 Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

« Petite pilule bleue » : le sildénafil (Viagra®), suivi par le Vardenafil (Levitra®), le Radafafil (Cialis®) et l'Avanafil (Spedra®), est le traitement de référence de la dysfonction érectile chez l'homme.

Chez les patients répondeurs aux IPDE5, une amélioration de la dépression modérée associée dans les trois quarts des cas a été remarquée. C'est aussi des facilitateurs d'érection et nécessitent une excitation sexuelle.

Les hommes rapportent une plus grande liberté pour le choix du moment du rapport sexuel et certains retrouvent une « sexualité comme avant ».

Mais le délai pour obtenir une érection peut être long (T max : 120 min) et impose parfois une grande anticipation, leur effet prolongé peut durer de 4h à 36h.

La prise per os implique également des contraintes alimentaires (attendre au moins 2h après le repas) et le passage systémique entraîne des interactions avec d'autres traitements (dérivés nitrés, antirétroviraux).

Les effets secondaires sont peu fréquents, molécules dépendants, mais gênants pour certains hommes : céphalées, dyspepsie, rhinite, trouble visuel ou dorsalgie.

Chez la femme déprimée, il semble que l'association des IPDE5 à un traitement antidépresseur par l'ISRS ait un effet positif sur la sexualité en particulier sur le désir sexuel, aussi en association avec traitement hormonal substitutif.

3.2 L'alprostadil en crème (Vitaros®)

La prostaglandine E1 sous forme de crème prête à l'emploi.

En effet, le Vitaros® est constitué de 300g d'Alprostadil, associé à plusieurs autres ingrédients biocompatibles, biodégradables et non toxiques. Une goutte de crème Vitaros® déposée sur le méat urinaire est suffisante pour induire une érection.

Il permet d'obtenir une érection, équilibrée et sans tension douloureuse, qui démarre des corps spongieux du gland avec une chaleur qualifiée de confortable, et qui descend progressivement vers les corps caverneux, aidée par une stimulation du pénis.

3.3 Le bupropion (Zyban®)

Permettrait une amélioration de l'orgasme, le Bupropion est utilisé en association avec un inhibiteur de la recapture de la sérotonine chez des patientes déprimées

3.4 La flibansérine

Initialement testée en tant qu'antidépresseur, elle a amélioré tous les scores de sexualité, en particulier le désir, au dosage de 100 mg/j, avec des effets secondaires de l'ordre de 10 % de type somnolence, fatigue ou vertige.

3.5 La gépirone ER

Elle a trois actions : antidépressive, anxiolytique et améliorant le désir

L'amélioration du désir sexuel était présente qu'il y ait une réponse ou non sur la dépression et l'anxiété.

3.6 Anesthésie locale

Elle est proposée quotidiennement pendant plusieurs mois, car elle permet une diminution immédiate de la dyspareunie d'introduction et constitue un traitement de l'hypersensibilisation. Le gel de Xylocaïne® à 2 % (Xylocaïne® gel urétral) ou lidocaïne 5 % est responsable de petites douleurs lors de l'application.

L'anesthésie locale du gland avec une crème de lidocaïne + prilocaïne, dont le délai d'action est de 20 à 30 minutes retarde l'éjaculation.

3.7 Antiallergique local

Le cromoglycate sodique 2 % peut également être proposée en applications locales. Parallèlement à cette prescription, l'association de moyens locaux, crèmes apaisantes, pommades, bains de siège, lubrifiants hydratants peut être utile (Gélifil®, Prévegyne®, Trophigil®, Mucogyn®, Monasens®)

3.8 Antiépileptiques

(Gabapentin, prégabalin) sont administrés à dose progressive, ils doivent être proposés en prévenant la patiente qu'elle n'assistera pas à une résolution brutale et miraculeuse mais plutôt à une réduction progressive de l'intensité de sa douleur.

3.9 Antalgique

Le tramadol, analgésique opioïde d'action centrale, à la demande, retarde également l'éjaculation aux posologies de 62 et 89 mg.

3.10 Les injections de toxine botulique A

Des injections de (25 à 50 unités) autour de l'orifice vestibulaire ont été testées en cas de vaginisme avec une efficacité prometteuse.

3.11 Injection intra caverneuse

Alprostadil est utilisé comme inducteur d'érection en injections intra caverneuses (Caverject®, Edex®). La réponse érectile est immédiate, directement liée à la dose injectée et ne nécessitant pas de stimulation.

Les injections intra caverneuses induisent des érections des corps caverneux mécaniques et rigides, avec souvent un gland qui reste mou et peu sensible

II. TRAITEMENT PHYSIQUE. [46] [113]

1. Rééducation.

Méthodes physiques Lors de l'examen gynécologique, il est possible de faire prendre conscience aux femmes qu'elles peuvent diriger la contraction et la décontraction des muscles péris vaginaux. Le thérapeute débute par des exercices de contraction et de décontraction des mains, du visage, des cuisses, et enfin de la région vulvaire et périnéale. La rééducation et relaxation du plancher pelvien avec ou sans électrostimulation doivent être pratiquées par un praticien (souvent une femme) expérimenté et formé à cette indication spécifique. Elle est associée aux traitements antalgiques, à la sexothérapie et participe à l'approche corporelle de relaxation.

2. Traitements mécaniques.

Une amélioration des sensations et de la lubrification a été rapportée suite à l'utilisation du dispositif l'EROS® device permettant l'augmentation de la vascularisation clitoridienne.

3. La stimulation électrique.

Stimulation électrique nerveuse, transvaginale ou des racines sacrées a été expérimentée avec une certaine efficacité en diminuant la dyspareunie et améliorant les fonctions sexuelles.

III. TRAITEMENT PSYCHOTHERAPEUTIQUE :

Cette prise en charge est conjointe à la prise en charge médicamenteuse [114].

1. La sexothérapie selon les approches cognitives et comportementales

[107] [108] [109] [59]

Les thérapies cognitives et comportementales partent du principe que les comportements, les émotions, les réactions corporelles et les cognitions sont en grande partie appris.

La thérapie consistera donc à modifier les comportements et les cognitions dysfonctionnelles.

Ces thérapies sont centrées sur le problème et la recherche de solutions. Elles sont en général brèves et centrées sur le présent (ce qui n'exclut pas des allers et retours avec le passé).

- Concernant le registre cognitif, le thérapeute s'intéressera aux croyances et aux émotions que le patient a par rapport à la sexualité et les questionnera avec lui.

Il sera demandé au patient de s'auto-observer (se concentrer sur ses émotions, sensations et pensées). Le travail cognitif permettra au patient de réaliser que ses croyances sur la sexualité ne sont pas toujours justes, d'ouvrir sa manière d'interpréter les choses et aura pour effet de réduire son anxiété de performance et de ressentir des émotions plus positives.

- Au registre comportemental, la thérapie se base sur l'œuvre de Masters et Johnson qui considèrent le trouble sexuel comme le résultat d'une dysharmonie de couple. Le traitement est court et a pour but de diminuer la peur des performances sexuelles et de faciliter la communication.

Le thérapeute proposera initialement au patient des exercices de connaissance de son propre corps et de celui de l'autre, ce qui permettra de revaloriser le corps dans son ensemble et non seulement le génital.

Le sensate focus permet au patient de se concentrer sur les sensations corporelles qu'il peut avoir lors des rapprochements intimes.

Cela l'autorise à lâcher ses anxiétés par rapport à ses performances et à ce que peut penser l'autre, pour se concentrer sur lui. Le thérapeute pourra proposer au patient de s'exposer aux situations sexuelles problématiques de manière graduelle (désensibilisation systématique).

A titre d'exemple, lors du vaginisme, on demande à la patiente d'introduire son doigt, puis des bougies de dilatation dans son vagin, et l'invitera à pratiquer la relaxation.

2. EMDR [110]

L'EMDR est l'acronyme de « eye movement desensitization and reprocessing », en français « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ».

Définit comme une « thérapie intégrative, dialectique et comportementale qui utilise simultanément image, cognition et sensation corporelle ».

Elle a beaucoup de similitudes avec les méthodes classiques des TCC et beaucoup de points communs avec l'hypnothérapie.

Pendant une séance de thérapie EMDR, il est demandé au patient de bouger les yeux de gauche à droite, à un rythme régulier, tout en pensant aux éléments d'un souvenir triste, traumatique tel une agression sexuelle, Le thérapeute l'aide à focaliser son attention sur la dimension visuelle de la représentation traumatique qui est la plus intensément associée avec l'affect.

Le patient énonce alors une conviction négative qui engendre chez lui un sentiment d'impuissance qu'il a de lui-même et qui résulte de cet événement et qui s'est enkystée dans le système nerveux alors que le danger est dans le passé. En même temps, le thérapeute l'aide à

identifier les sensations physiques se manifestant dans son corps et qui accompagnent ces images, pensées et émotions.

Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive.

3. Pleine conscience [108] [111]

La pleine conscience ou mind fulness est un état mental de conscience qui centre l'individu sur le moment présent.

Elle lui permet de mieux se rendre compte et d'accepter son expérience interne ou externe dans une attitude particulière teintée de curiosité et de bienveillance.

La mind fulness aide à réduire les distractions internes (sensations, pensées, émotions) et à moins se laisser piéger par des modes réactionnels qui interfèrent avec l'expérience sexuelle.

4. La sexothérapie du couple selon les approches systémiques. [108]

Les thérapies systémiques décrivent une relation entre des «objets» indépendants (qui sont les deux partenaires). Ces «objets» contribuent et déterminent le fonctionnement du système (dans ce cas c'est le couple). Ainsi, selon ces approches, les troubles d'un des membres du couple sont considérés comme un symptôme du dysfonctionnement du couple.

Le problème est donc redéfini de manière relationnelle. Elles vont, dans un premier temps, identifier ce qui entretient le trouble et permettre une modification de certains facteurs à l'intérieur du système pour arriver, dans un second temps, à modifier le système lui-même. Au niveau des interventions, le thérapeute systémique aura recours au langage métaphorique, au questionnement circulaire et à la mise en forme corporelle qui permettent de donner un sens différent et de nouvelles perceptions de la réalité. Il sera proposé au couple des exercices pratiques concernant son histoire présente et passée et sur son idéal de couple.

5. Les thérapies interpersonnelles. [112]

Elles se fondent sur l'existence d'un cercle vicieux d'aggravation réciproque entre dépression et difficultés interpersonnelles, selon la théorie biopsychosociale de Meyer.

Les études qui se sont focalisées sur cette forme récente de psychothérapie soulignent une efficacité comparable aux TCC et aux antidépresseurs dans les dépressions légères à modérées mais aussi dans les dépressions sévères et dans la prophylaxie.

L'intérêt de prendre en charge le couple est alors au premier plan : leur réapprendre les caresses, la mise en confiance, en privilégiant les rapports sensuels non sexuels sont des conseils simples et accessibles à tout praticien.

6. La sexothérapie selon les approches psycho dynamiques. [118]

Les approches psycho dynamiques s'inspirent de la psychanalyse développée par Freud pour laquelle les troubles sexuels sont la résultante de conflits psychiques inconscients.

Le but de ces approches est de libérer le patient de ses conflits à travers un travail dans la relation transférentielle pour qu'il puisse enrichir ses relations, améliorer son estime de soi, mieux utiliser ses talents ainsi, améliorer sa vie sexuelle.

Qu'elle soit expressive ou de soutien, l'intervention psycho dynamique utilise plusieurs outils.

Selon l'approche classique, le thérapeute utilisera l'interprétation pour rendre le patient conscient de ses tensions, de ses défenses et des répétitions de son fonctionnement dans ses diverses relations interpersonnelles. Le thérapeute utilisera également de la confrontation pour diriger l'attention du patient sur son évitement du matériel déjà conscient et encouragera le patient à l'élaboration. En sexologie, l'imaginaire et les fantasmes sexuels sont une source de matériel thérapeutique très riche. Ainsi, certains auteurs recommandent de s'intéresser aux fantasmes des patients et de travailler à leur élaboration.

En séance, le thérapeute amènera le patient à comprendre la genèse et le sens de son fantasme, à s'imaginer des situations et le rôle (acteur, voyeur, passif...) qu'il a eu ou pourrait avoir.

Selon l'approche psycho dynamique brève, le thérapeute utilisera la focalisation sur un symptôme ou un conflit principal, il définira un nombre de séances limité dans le temps, et aura une position active dans la gestion des défenses, de l'angoisse et des affects en séances.

Selon l'approche à médiation corporelle, le thérapeute proposera des exercices qui stimulent l'expérience corporelle, c'est à dire des sensations et des perceptions, et facilitera leur passage aux représentations symboliques par une lecture psychanalytique.

7. Hypnose éricksonienne [21]

Cette théorie est en même temps physique que psychologique.

L'hypnose, grâce à laquelle on peut agir soit directement sur le symptôme, soit indirectement en modifiant la perception temporelle du patient ou bien à l'aide de métaphores selon la méthode de Milton Erickson.

Pour Erickson, le patient est porteur d'un potentiel utile à sa propre guérison. Il faut donc faire confiance à l'Inconscient du sujet qui est une « réserve de ressources » pour que des remaniements psychologiques utiles à la guérison s'effectuent..

L'hypno thérapie éricksonienne est ainsi considérée comme une facilitation d'un processus naturel d'évolution et de maturation psychologique, où le psychothérapeute intervient d'une part pour entraîner le sujet à un fonctionnement satisfaisant au niveau inconscient (hypnotique) et d'autre part, pour effectuer un travail psychothérapique où les mots employés vont évoquer des résonances chez le sujet et mettre en route des chaînes associatives débouchant sur des nouvelles solutions psychologiques.

IV. LES RECOMMANDATIONS

- La prévention primaire afin d'éviter la survenue de dépression, s'inscrit plutôt dans une attitude d'amélioration de la qualité de vie.
- Faire connaître les signes de dépression au grand public par des campagnes de sensibilisation et d'information, afin de rehausser le niveau de prise de conscience des problèmes liés à la dépression.
- Proposer des formations continues et des conférences aux médecins généralistes afin de ne pas négliger la pathologie mentale dans leur pratique quotidienne.
- Dépistage de la dépression par des questionnaires mettant en évidence la dépression et sa sévérité.
- Prise en charge précoce des épisodes dépressifs : La dépression est une maladie qui se soigne et qui guérit sous traitement, le plus souvent, sans laisser de séquelle. En revanche la rémission spontanée est rare
- L'évaluation de la dimension sexuelle devant tout épisode dépressif est obligatoire.
- Le diagnostic et la prise en charge des problèmes de couple, pouvant être à l'origine de l'altération de la fonction sexuelle, ou encore être un facteur d'apparition ou de résistance de la dépression.
- Avant de prescrire l'antidépresseur, il faut bien faire connaître leurs effets sexuels aux patients, ainsi que les stratégies thérapeutiques à adopter devant toute dysfonction sexuelle éventuellement induite.
- Il faut essayer de garder la bonne distance thérapeutique, trop d'empathie ne permettra pas d'aider le patient et trop d'apathie empêchera toute possibilité d'aide psychologique.
- Il ne faut jamais ignorer la physiologie orgasmique de la partenaire d'un éjaculateur précoce, pour toutes les clitoridiennes exclusives le traitement de l'éjaculation précoce est inutile.

- Utilité de rappeler aux patients que la sexualité ne se résume pas à la pénétration : les dimensions relationnelles, affective et sensuelle participent tout autant sinon plus à la satisfaction sexuelle.
- A considérer qu'avoir une bonne vie sexuelle est important pour la santé.

CONCLUSION

Il existe une fréquence importante de la dysfonction sexuelle chez les patients déprimés, portant sur toutes les phases de la sexualité.

Ainsi, il apparaît essentiel d'aborder systématiquement la vie sexuelle de chaque patient se présentant avec des symptômes dépressifs, et d'évaluer ses plaintes par des échelles psychométriques validées dans ce domaine.

Afin d'augmenter l'innocuité et l'efficacité de la thérapie, il faut recommander avant de prescrire, de bien connaître les effets sexuels des antidépresseurs ainsi que les stratégies thérapeutiques à adopter devant les troubles sexuels éventuellement induits.

Par ailleurs, la dépression et troubles sexuels ont un impact significatif sur la qualité de vie des couples, qui peut être améliorée par la guérison de ces deux affections entre lesquelles il semble exister un lien de causalité bidirectionnel.

Il est donc important de remarquer en terminant que les thérapeutiques conjugales et sexuelles, peuvent avoir un impact non seulement sur le fonctionnement conjugal mais sur le fonctionnement psychologique incluant ses dimensions biologiques et sociales.

A considérer qu'avoir une bonne vie sexuelle est important pour la santé.

ANNEXES

ANNEXE 1

LE QUESTIONNAIRE ELABORE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE

Age Niveau d'étude :

Statut marital : marié divorcé célibataire

Identifier un trouble dépressif caractérisé (DSM V)
--

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

Présent quasiment toute la journée et presque tous les jours.

- ☐ Humeur dépressive
- ☐ Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- ☐ Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ; ou diminution ou augmentation de l'appétit
- ☐ Insomnie ou hypersomnie
- ☐ Agitation ou ralentissement psychomoteur
- ☐ Fatigue ou perte d'énergie
- ☐ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, qui peut être délirante
- ☐ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- ☐ Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

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

- ⇒ **S agit t il d un 1^{er} épisode ?**
- ⇒ **S agit t il d une dépression récurrente ?**

Evaluation de la gravite de la dépression HAMILTON

1. Humeur dépressive:

(la personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?)

- ☐ Non
- ☐ Oui. Ces états affectifs ne sont signalés que si on l'interroge
- ☐ Oui. Ces états sont signalés spontanément et de manière verbale ou sonore
- ☐ Oui. Ces états sont communiqués de manière non verbale
- ☐ Oui. La personne communique ces états verbalement et non verbalement.

2. Sentiments de culpabilité de la personne

- ☐ Absent
- ☐ S'adresse des reproches à elle-même, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- ☐ Se culpabilise, s'en veut d'avoir commis des erreurs passées ou des actes condamnables
- ☐ Considère que sa maladie est une punition. Elle a des idées délirantes de culpabilité
- ☐ Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent; et/ou d'hallucinations visuelles menaçante

3. Suicide

- ☐ Absent
- ☐ A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- ☐ Souhaite être morte
- ☐ Idées ou geste de suicide
- ☐ Tentatives de

4. Insomnie en début de nuit

- ☐ Pas de difficulté à s'endormir
- ☐ Difficultés occasionnelles à s'endormir
- ☐ Difficultés quotidiennes à s'endormir

5. Insomnie en milieu de nuit

- ☐ Pas de difficulté
- ☐ La personne se plaint d'agitation et de troubles du sommeil durant la nuit
- ☐ La personne se réveille pendant la nuit

6. Insomnie du matin

- ☐ Pas de difficulté
- ☐ La personne se réveille de très bonne heure mais se rendort
- ☐ Incapable de se rendormir si elle se réveille

7. Travail et activités

- ☐ Pas de difficulté
- ☐ Pensées et sentiments d'impuissance, de fatigue, et de faiblesse lors d'activités professionnelles ou de loisir
- ☐ Désintérêt dans les activités professionnelles ou de
- ☐ Diminution du temps consacré à exercer une activité, perte de productivité
- ☐ Arrêt de maladie

8. Ralentissement (Pensée, langage, perte de concentration)

- ☐ Pensée et langage normaux
- ☐ Léger ralentissement à l'entretien
- ☐ Ralentissement manifeste
- ☐ Entretien difficile
- ☐ Stupeur

9. Agitation

- ☐ Aucune
- ☐ La personne a des crispations, secousses musculaires
- ☐ Joue avec ses mains, ses cheveux...
- ☐ Bouge, ne peut rester assis tranquille
- ☐ Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

10. Anxiété (aspect psychique)

- ☐ Aucune
- ☐ tension subjective, irritabilité
- ☐ La personne se soucie de problèmes mineurs
- ☐ une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole
- ☐ la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions

11. Anxiété somatique

- ☐ Absente
- ☐ Discrète
- ☐ modérés
- ☐ sévères
- ☐ très invalidants

12. Symptômes, somatiques gastro-intestinaux

- ☐ Aucun symptôme
- ☐ La personne, manque d'appétit, mais mange sans s'y être incitée
- ☐ La personne a des difficultés à manger si on ne l'incite pas à le faire. A besoin de laxatifs ou de médicaments pour ses problèmes gastro-intestinaux

13. Symptômes somatiques généraux

- ☐ Aucun
- ☐ Lourdeur dans les membres, le dos et la tête. Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- ☐ un des symptômes apparaît clairement

14.. Symptômes génitaux

(Ces symptômes incluent une perte de libido, des troubles menstruels)

- ☐ Absents
- ☐ Légers
- ☐ Sévères

15.. Hypochondrie

- ☐ Absente
- ☐ Attention portée sur son corps
- ☐ Préoccupations portées sur sa santé
- ☐ La personne est fortement convaincue d'être malade, se plaint fréquemment, demande de l'aide...
- ☐ Idées délirantes hypochondriaques

16.. Perte de poids

A: D'après les renseignements apportés par le malade

- ☐ Pas de perte de poids
- ☐ Perte de poids probable
- ☐ Perte de poids certaine

B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

- ☐ Perte inférieure à 500g par semaine
- ☐ Perte supérieure à 500g par semaine
- ☐ Perte supérieure à 1 kg par semaine

17. Prise de conscience

- ☐ Reconnaît être déprimée et malade
- ☐ Reconnaît être malade mais l'attribue à une mauvaise alimentation, le climat, le surmenage, un virus, le besoin de repos...

- ☐ Nie être malade

⇒ **Relation de la dépression avec les troubles sexuels**

- ☐ Troubles sexuels ont précédé la dépression
- ☐ Troubles sexuels sont aggravés par la dépression
- ☐ Troubles sexuels sont apparus avec la dépression
- ☐ Troubles sexuels sont aggravés avec les antidépresseurs
- ☐ Troubles sexuels sont apparus avec les antidépresseurs (préciser ATD)

EVALUATION DES TROUBLES SEXUELS
--

Existence d'un trouble organique en relation avec les troubles sexuels

Médicaux (Sclérose en plaque, Ischémie critique, Diabète, Hypothyroïdie, Cushing, Adénome à prolactine, Insuffisance rénale terminale hémodialysée, Ménopause, Cancer sous chimio ...)

Chirurgicaux (Chirurgie pelvienne ...)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Préciser le trouble

1- Comment sont vos «pulsions » sexuelles (désir sexuel) ?

- ☐ 1 – Extrêmement fortes
- ☐ 2– Très fortes
- ☐ 3– Assez fortes
- ☐ 4– Assez faibles
- ☐ 5– Très faibles
- ☐ 6– Absentes

2- Avec quelle facilité êtes-vous excité (e) sexuellement ?

- ☐ 1 – Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

Si vous êtes un homme prière de répondre à ces questions.

3- Pouvez-vous facilement avoir et garder une érection durant l'excitation sexuelle?

- ☐ 1- Extrêmement facile
- ☐ 2- Très facilement
- ☐ 3- Assez facilement
- ☐ 4- Assez difficilement
- ☐ 5- Très difficilement
- ☐ 6- Jamais

4- Etes vous sur ou avez-vous l'impression que votre éjaculation

- ☐ Prend du temps à venir
- ☐ Plus rapide qu'avant
- ☐ N'y avait pas de sperme lors de l'éjaculation
- ☐ La force et la puissance de l'éjaculation a diminué
- ☐ Le volume de sperme c'est modifié
- ☐ Le plaisir ressenti lors de l'éjaculation a-t-il diminué
- ☐ Ressentez vous de la douleur lors de l'éjaculation

Quelque soit votre réponse indiquez le degré de modification

- ☐ Ça ne m'arrive jamais
- ☐ Ça m'arrive dans moins que la moitié du temps
- ☐ Ça m'arrive dans environ la moitié du temps
- ☐ Ça m'arrive dans la plupart du temps
- ☐ Ça m'arrive à chaque fois
- ☐ J'ai toujours le même problème

Si vous êtes une femme prière de répondre aux questions suivantes

5- Avec quelle facilité se fait la lubrification vaginale durant l'excitation sexuelle ?

- ☐ 1- Extrêmement facile
- ☐ 2- Très facilement
- ☐ 3- Assez facilement
- ☐ 4- Assez difficilement
- ☐ 5- Très difficilement
- ☐ 6- Jamais

6- Avez-vous ressenti une gêne ou douleur lors ou après de la pénétration vaginale

- ☐ Ça ne m'arrive jamais
- ☐ Ça m'arrive moins d'une fois sur deux
- ☐ Ça m'arrive dans plus d'une fois sur deux
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Je souffre toujours du même problème
- ☐ Absence de rapport sexuel

7- Avec quelle facilité pouvez-vous avoir u orgasme ?

- ☐ 1- Extrêmement facile
- ☐ 2- Très facilement
- ☐ 3- Assez facilement
- ☐ 4- Assez difficilement
- ☐ 5- Très difficilement
- ☐ 6- Jamais

8- Vos orgasmes sont-ils satisfaisants ?

- ☐ 1- Extrêmement facile
- ☐ 2- Très facilement
- ☐ 3- Assez facilement
- ☐ 4- Assez difficilement
- ☐ 5- Très difficilement
- ☐ 6- Jamais

9- Si vous êtes insatisfait de quoi vous vous plaignez ?

- ☐ La relation sexuelle
- ☐ La qualité de vie sexuelle
- ☐ La fréquence des rapports sexuels
- ☐ La façon dont la quelle votre partenaire et vous parlez de cotre vie intime
- ☐ Tous autres aspects relationnels

10- La fréquence de vos rapports sexuels

- ☐ A augmenté
- ☐ A diminué
- ☐ Pas de changement

11- Si vous avez une dysfonction sexuelle quelconque est ce cela vous gêne ?

- ☐ Pas du tous gêné
- ☐ Un peu gêné
- ☐ Moyennement gêné
- ☐ Très gêné
- ☐ Extrêmement gêné

12- Votre partenaire a-t-il un trouble sexuel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ANNXE 2

Male sexual health questionnaire MSHQ

Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes d'érection

Oui Non ☐

Q1. 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. 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. 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

Q4. 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

Q5. 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. 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. 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. Comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

- ☐ 5 Aussi abondant
- ☐ 4 Un peu moins abondant
- ☐ 3 Moins abondant
- ☐ 2 Beaucoup moins abondant
- ☐ 1 Considérablement moins abondant
- ☐ 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q10. 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. Avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation

- ☐ 5 Aucune douleur
- ☐ 4 Un peu de douleur ou d'inconfort
- ☐ 3 Une douleur ou un inconfort modéré(e)
- ☐ 2 Une grande (douleur / inconfort)
- ☐ 1 Énormément de douleur ou d'inconfort
- ☐ 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q12. 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

Q13. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ?

- ☐ 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. 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. 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

Q19. Combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autres 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
- ☐ Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas éjaculer
- ☐ Je n'avais pas de partenaire
- ☐ Autre raison (précisez) :

Q20. 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 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

Q22. Avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

- ☐ 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

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. 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. 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 4

Arizona sexual experiences scale (ASEX)

Pour chaque question, entourer la réponse correspondant à votre état général pour la semaine précédente, y compris aujourd'hui.

1- Comment sont vos «pulsions » sexuelles (désir sexuel) ?

- ☐ 1 – Extrêmement fortes
- ☐ 2– Très fortes
- ☐ 3– Assez fortes
- ☐ 4– Assez faibles
- ☐ 5– Très faibles
- ☐ 6– Absentes

2- Avec quelle facilité êtes-vous excité (e) sexuellement ?

- ☐ 1 – Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

VERSIONHOMME

3- Pouvez-vous facilement avoir et garder une érection durant l'excitation sexuelle?

- ☐ 1 – Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

VERSION FEMME

**4– Avec quelle facilité se fait la lubrification
Vaginale durant l'excitation sexuelle ?**

- ☐ 1– Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

5– Avec quelle facilité pouvez-vous avoir un orgasme ?

- ☐ 1– Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

6– Êtes-vous satisfait ?

- ☐ 1– Extrêmement facile
- ☐ 2– Très facilement
- ☐ 3– Assez facilement
- ☐ 4– Assez difficilement
- ☐ 5– Très difficilement
- ☐ 6– Jamais

ANNEXE 5

Female sexual function Index (FSFI) : Au cours des 4 dernières semaines

Q1 avez-vous ressenti un désir sexuel ?

- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- ☐ 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- ☐ 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais

Q2 quel a été votre niveau de désir sexuel ?

- ☐ 5 = Très élevé
- ☐ 4 = Élevé
- ☐ 3 = Moyen
- ☐ 2 = Faible
- ☐ 1 = Très faible ou inexistant

Q3 vous êtes-vous sentie excitée sexuellement lors d'une activité ou un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 2 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais

Q4 quel a été votre degré d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 5 = Très élevé
- ☐ 4 = Élevé
- ☐ 3 = Moyen
- ☐ 2 = Faible
- ☐ 1 = Très faible ou inexistant

Q5 à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 5 = Extrêmement sûre
- ☐ 4 = Très sûre
- ☐ 3 = Moyennement sûre
- ☐ 2 = Peu sûre
- ☐ 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux

- ☐ 2 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais

Q7 votre vagin était-il lubrifié pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 2 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais
- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle

Q8 à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié pendant une activité ou un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- ☐ 2 = Très difficile
- ☐ 3 = Difficile
- ☐ 4 = Légèrement difficile
- ☐ 5 = Pas difficile

Q9 la lubrification de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 2 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais
- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle

Q10 à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- ☐ 2 = Très difficile
- ☐ 3 = Difficile
- ☐ 4 = Légèrement difficile
- ☐ 5 = Pas difficile

Q11 lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

- ☐ 5 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 4 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 2 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 1 = Presque jamais ou jamais
- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle

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

- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle
- ☐ 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- ☐ 2 = Très difficile
- ☐ 3 = Difficile
- ☐ 4 = Légèrement difficile
- ☐ 5 = Pas difficile

Q13 à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- ☐ 5 = Très satisfaite
- ☐ 4 = Moyennement satisfaite
- ☐ 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- ☐ 2 = Moyennement insatisfaite
- ☐ 1 = Très insatisfaite
- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle

Q14 à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

- ☐ 5 = Très satisfaite
- ☐ 4 = Moyennement satisfaite
- ☐ 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- ☐ 2 = Moyennement insatisfaite
- ☐ 1 = Très insatisfaite
- ☐ 0 = Aucune activité sexuelle

Q15 à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

- ☐ 5 = Très satisfaite
- ☐ 4 = Moyennement satisfaite

- ☐ 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- ☐ 2 = Moyennement insatisfaite
- ☐ 1 = Très insatisfaite

Q16 à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- ☐ 5 = Très satisfaite
- ☐ 4 = Moyennement satisfaite
- ☐ 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- ☐ 2 = Moyennement insatisfaite
- ☐ 1 = Très insatisfaite

Q17 avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

- ☐ 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- ☐ 1 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 2 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 4 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 5 = Presque jamais ou jamais

Q18 avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

- ☐ 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- ☐ 1 = Presque toujours ou toujours
- ☐ 2 = plus d'une fois sur deux
- ☐ 3 = environ une fois sur deux
- ☐ 4 = moins d'une fois sur deux
- ☐ 5 = Presque jamais ou jamais

Q19 quel a été votre niveau de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- ☐ 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- ☐ 1 = Très élevé
- ☐ 2 = Élevé
- ☐ 3 = Moyen
- ☐ 4 = Faible
- ☐ 5 = Très faible ou inexistant

—



RESUME

Les troubles sexuels font partie intégrante des états dépressifs, rendant difficile la prise en charge de la dépression par l'arrêt des antidépresseurs suite à leurs effets sexuels indésirables.

L'objectif de ce travail est d'étudier la fréquence des troubles sexuels chez les déprimés, et de mettre en évidence la relation entre la dépression, le trouble sexuel et l'insatisfaction conjugale.

C'est une étude transversale, prospective, à propos de 58 patients déprimés vus en consultation psychiatrique à l'hôpital Ibn Nafis et l'hôpital Avicenne et rapporte les résultats suivants :

L'âge moyen est de 37 ans, avec une prédominance féminine 58,6%. La majorité de nos patients déprimés était mariée 81%, avec un niveau d'étude moyen chez 34,5%.

56,9% n'étaient pas sous antidépresseurs (soit vus en consultation pour la première fois, soit en arrêt du traitement), alors que 62,1% avaient une dépression sévère.

Dans notre étude 77,6% des patients déprimés ont un trouble sexuel prédominé par les troubles du désir chez 58,6% des patients, suivis par les troubles d'éjaculations chez 54,2%.

53,4% des patients déprimés avec troubles sexuels rapportent que l'apparition de leurs troubles coïncide avec l'installation de leur symptomatologie dépressive.

D'entre ses patients déprimés avec troubles sexuels 88,90% témoignent qu'ils sont insatisfaits dans leur vie conjugale (qualité de vie sexuelle, relation sexuelle, fréquence des rapports sexuels, absence de dialogue intime...), cette insatisfaction est rapportée chez la totalité des patients déprimés avec dysfonction érectile, ainsi que tous les patients dont le conjoint a une dysfonction sexuelle quelconque.

Egalement 55,2% rapportent une diminution de la fréquence de leurs activités sexuelles, de même 58,6% rapportent leurs gênes.

Le repérage précoce des troubles sexuels et la prise en compte de la dynamique de couple constituent deux éléments majeurs de la prise en charge du patient déprimé.

ABSTRACT

Sexual disorders are a major part of depression ,making patient's care difficult to manage by stopping antidepressants due to their unwanted sexual effects.

This work aims to study the frequency of sexual disorders in depressed patients , And to underline the relation between depression , sexual disorders and conjugal dissatisfaction .

Its a transversal prospective study about 58 depressed patients that had been seen in psychiatric consultation in IBN NAFIS university hospital with the AVICENNE military hospital and it concludes the following results :

The average age is about 37 years old , with a female predominance of 58.6 % , the majority of our depressed patients were married (81%) , while 34,5% had a medium level of studies .

56,9% of the patients were not under anti depressions (either because it was their first consultation or they stopped their treatment) , while 62.1% had a severe depression

In this study 77,6% of the depressed patients had a sexual disorder pre dominated by desire disorder in 58,6% of patients, followed by ejaculation disorder in 54,2% of them .

On the other hand 53,4% of the patients report that their sexual disorder symptoms appeared at the same time as the start of their depression's symptomatology

We also noticed that 88,9% of the depressed patients that suffered from sexual disorder report their dissatisfaction in their conjugal life (quality of their sexual life , sexual relationship , the frequency of the sexual act ,absence of intimate dialogues ..) ,this dissatisfaction is reported in the totality of the depressed patients with erectile dysfunction , also in all patients that have a spouse suffering from any kind of sexual disorder .

Furthermore 55,2% reported a flop in the frequency of their their sexual activity , as 58,6% report their discomfort about it .

The early spotting of sexual disorders and a full understanding of the couple's dynamic are the two major elements to attend and care for a depressed patient.

ملخص

الاضطرابات الجنسية هي جزء لا يتجزء من حالات الاكتئاب، و من صعوبة علاجها إيقاف مضادات الاكتئاب من طرف المرضى بسبب أثارها الجنسية السلبية، والهدف من هذا العمل هو دراسة وتيرة الاضطرابات الجنسية ضمن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب، وتسليط الضوء على العلاقة بين الاكتئاب والاضطرابات الجنسية و انعدام السعادة الزوجية.

يتعلق الأمر بدراسة أفقية ل 58 حالة مصابة بالاكتئاب منتقاة بمصلحة الأمراض النفسية بالمركز الجامعي ابن النفيس والمستشفى العسكري. حيث تم الحصول على النتائج التالية :

يبلغ متوسط العمر 37 عاما، مع هيمنة الإناث على 58.6%، أغلبية مرضانا المكتئبين متزوجون بنسبة 81 في المائة، وبلغ متوسط مستوى دراستهم 34.5 في المائة.

56.9% لا يتناولون مضادات الاكتئاب : إما مرضى جدد، أوقفوا علاجهم بدون استشارة الطبيب. في حين أن 62,1 لديهم اكتئاب شديد، في دراستنا 77,6% من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب لديهم اضطراب جنسي، واضطراب الرغبة هي أكثر الاضطرابات سيادة بنسبة 58,6% ،تليه مشاكل القذف لدى 54,2%.

53,4% من المرضى المكتئبين اللذين يعانون من اضطراب جنسي أكدوا أن أعراض الاكتئاب تلازمت مع ظهور اضطراباتهم الجنسية، في نفس الوقت 88,9% أفادوا عن عدم رضاهم عن حياتهم الزوجية (العلاقة الجنسية ،وتيرة الجماع الجنسي ،وغياب حوار حميمي) و هذا الاستياء يلزم جميع المرضى الذين يعانون من ضعف الانتصاب، وكذلك الذين لديهم أزواج يعانون من خلل وظيفي جنسي، كما أفادت نسبة 55,2% بأنها تعاني من تراجع في وتيرة نشاطها الجنسي ،58,6% منهم منزجون من هذا الخلل. إن التعريف المبكر على الاضطرابات الجنسية والنظر في ديناميت الزوجين هما عنصران رئيسيان في علاج المريض المكتئب.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AGBOKOU, Catherine et FOSSATI, Philippe.**
Traitements médicamenteux de la dépression. *La Presse Médicale*, 2008, vol. 37, no 5, p.867–875.
2. **ASOUAB, F., AGOUB, M., KADRI, N., et al.**
Prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine (Enquête nationale, 2005) [Prévalence of mental disorders in the Moroccan general population (National Survey, 2005)]. *Bulletin Épidémiologique, Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé du Maroc*, 2007, p. 61–62.
3. **BRIKI, M., HAFFEN, E., MONNIN, J., et al.**
Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression. *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, no 2, p. 114–122.
4. **PORTO, Robert.**
Dépression et sexualité. *La Presse Médicale*, 2014, vol. 43, no 10, p. 1111–1115.
5. **LACHOWSKY, M., GRIVEL, T., LEMAIRE, A., et al.**
Couple, sexualité et santé sexuelle. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 2005, vol. 33, no 5, p. 326–330.
6. **KIVELÄ, S.-L., PAHKALA, K., et LAIPPALA, P.**
Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, vol. 78, no 4, p. 401–413.
7. **KOCKOTT, Götz et PFEIFFER, Wolfgang.**
Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 1996, vol. 37, no 1, p. 56–61.
8. **MONTEJO, Angel L., LLORCA, Ginés, IZQUIERDO, Juan A., et al.**
Incidence or sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001.
9. **KENNEDY, Sidney H., EISFELD, Beata S., DICKENS, Susan E., et al.**
Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *The Journal of clinical psychiatry*, 2000, vol. 61, no 4, p. 276–281.

10. **WALDINGER, Marcel D., HENGVELD, Michiel W., ZWINDERMAN, Aeilko H., et al.**
Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, and sertraline. *Journal of clinical psychopharmacology*, 1998, vol. 18, no 4, p. 274–281.
11. **KENNEDY, Sidney H., FULTON, Kari A., BAGBY, R. Michael, et al.**
Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 51, no 4, p. 234–242.
12. **CRENSHAW, Theresa Larsen et GOLDBERG, James P.**
Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual functioning. WW Norton & Co, 1996.
13. **GIULIANO, F.**
Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 811–821.
14. **NUNES, Luciana Vargas Alves, DIECKMANN, Luiz Henrique Junqueira, LACAZ, Fernando Sargo, et al.**
The accuracy of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) to identify sexual dysfunction in patients of the schizophrenia spectrum. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2009, vol. 36, no 5, p. 182–189.
15. **WYLOMANSKI, S., BOUQUIN, R., PHILIPPE, H.-J., et al.**
Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. In : *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2013. p. 473.
16. **ROSEN, Raymond C., CATANIA, Joseph, POLLACK, Lance, et al.**
Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology*, 2004, vol. 64, no 4, p. 777–782.
17. **RAMOS-BRIEVA, J. A. et CORDERO-VILLAFILA, A.**
A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 1988, vol. 22, no 1, p. 21–28.
18. **COUR, F., DROUPY, S., FAIX, A., et al.**
Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 547–561.

19. **GIULIANO, Francois, PFAUS, James, BALASUBRAMANIAN, Srilatha, et al.**
Experimental models for the study of female and male sexual function. *The journal of sexual medicine*, 2010, vol. 7, no 9, p. 2970–2995.
20. **COUR, F. et BONIERBALE, M.**
Troubles du désir sexuel féminin. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 562–574.
21. **PORTO, R. et GIULIANO, F.**
L'éjaculation prématurée. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 647–656.
22. **BRILL, Mara.**
Antidepressants and sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 2004, vol. 81, p. 35–40.
23. **KENNEDY, Sidney H. et RIZVI, Sakina.**
Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2009, vol. 29, no 2, p. 157–164.
24. **WILLIAMS, Katherine et REYNOLDS, Margaret F.**
Sexual dysfunction in major depression. *CNS spectrums*, 2006, vol. 11, no S9, p. 19–23.
25. **BONIERBALE, Mireille et TIGNOL, Jean.**
The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Current medical research and opinion*, 2003, vol. 19, no 2, p. 114–124.
26. **SEGRAVES, Robert Taylor, CLAYTON, Anita, CROFT, Harry, et al.**
Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2004, vol. 24, no 3, p. 339–342.
27. **HAMZAOU, S., MAAMRI, A., OUANES, S., et al.**
Évaluation de la fonction sexuelle chez les femmes consultant pour un premier épisode dépressif majeur. *Sexologies*, 2016, vol. 25, no 4, p. 166–172.
28. **ANGST, J.**
Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 1998.
29. **CYRANOWSKI, Jill M., FRANK, Ellen, CHERRY, Christine, et al.**
Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of psychiatric research*, 2004, vol. 38, no 3, p. 267–273.

30. **SERRETTI, Alessandro et CHIESA, Alberto.**
Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2009, vol. 29, no 3, p. 259–266.
31. **THAKURTA, Rajarshi Guha, SINGH, Om Prakash, BHATTACHARYA, Amit, et al.**
Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian journal of psychological medicine*, 2012, vol. 34, no 4, p. 365.
32. **KENDURKAR, Arvind et KAUR, Brinder.**
Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ?. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 2008, vol. 10, no 4, p. 299.
33. **TRUDEL, G. et GOLDFARB, M. R.**
Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété. *Sexologies*, 2010, vol. 19, no 3, p. 164–169.
34. **GOVE, Walter R. et SHIN, Hee-Choon.**
The psychological well-being of divorced and widowed men and women: An empirical analysis. *Journal of Family Issues*, 1989, vol. 10, no 1, p. 122–144.
35. **KURDEK, Lawrence A.**
The relations between reported well-being and divorce history, availability of a proximate adult, and gender. *Journal of Marriage and the Family*, 1991, p. 71–78.
36. **SINGH, J. C., THARYAN, P., KEKRE, N. S., et al.**
Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of postgraduate medicine*, 2009, vol. 55, no 2, p. 113.
37. **LEDRIC, Julie.**
L'humeur dépressive sous l'angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois. 2011. Thèse de doctorat. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Nancy, France.
38. **CASPER, Regina C., REDMOND, D. Eugene, KATZ, Martin M., et al.**
Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and relationship to the classification of depression. *Archives of General Psychiatry*, 1985, vol. 42, no 11, p. 1098–1104.
39. **BALDWIN, David S.**
Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, 2001, vol. 57, no 1, p. 81–99.

40. **BALDWIN, David S. et FOONG, Thomas.**
Antidepressant drugs and sexual dysfunction. 2013.
41. **TRUDEL, Gilles.**
La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement. (DEPRECIATED), 2003.
42. **MARTIN-DU PAN, Rémy et BAUMANN, Pierre.**
Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements. *Rev Med Suisse*, 2008, vol. 4, p. 758-762.
43. **MCCARTHY, Barry W.**
Bridges to sexual desire. *Journal of Sex Education and Therapy*, 1995, vol. 21, no 2, p. 132-141.
44. **BASSON, Rosemary.**
Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2001, vol. 27, no 5, p. 395-403
45. **NOBRE, Pedro J. et PINTO-GOUVEIA, José.**
Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 2008, vol. 32, no 1, p. 37-49.
46. **COUR, F. et METHORST, C.**
Troubles de l'excitation chez la femme. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 575-585.
47. **ARAUJO, Andre B., DURANTE, Richard, FELDMAN, Henry A., et al.**
The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic medicine*, 1998, vol. 60, no 4, p. 458-465.
48. **SHABSIGH, Ridwan, KLEIN, Lonnie T., SEIDMAN, Stuart, et al.**
Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology*, 1998, vol. 52, no 5, p. 848-852.
49. **THASE, Michael E., REYNOLDS III, Charles F., JENNINGS, J. Richard, et al.**
Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *Biological Psychiatry*, 1988, vol. 24, no 1, p. 33-46.

50. **ZEMISHLANY, Zvi et WEIZMAN, Abraham.**
The impact of mental illness on sexual dysfunction. In : *Sexual dysfunction*. Karger Publishers, 2008. p. 89–106.
51. **KANTOR, Jonathan, BILKER, Warren B., GLASSER, Dale B., et al.**
Prevalence of erectile dysfunction and active depression: an analytic cross-sectional study of general medical patients. *American journal of epidemiology*, 2002, vol. 156, no 11, p. 1035–1042.
52. **ARAUJO, Andre B., JOHANNES, Catherine B., FELDMAN, Henry A., et al.**
Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *American journal of epidemiology*, 2000, vol. 152, no 6, p. 533–541.
53. **COSTA, Pierre, GRIVEL, Thierry, GIULIANO, François, et al.**
La dysfonction érectile: un symptôme sentinelle. *Prog Urol*, 2005, vol. 15, no 2, p. 203–207.
54. **BROADLEY, A. J. M., KORSZUN, A., JONES, C. J. H., et al.**
Arterial endothelial function is impaired in treated depression. *Heart*, 2002, vol. 88, no 5, p. 521–523.
55. **SEIDMAN, S.**
Ejaculatory dysfunction and depression: pharmacological and psychobiological interactions. *International journal of impotence research*, 2006, vol. 18, no S1, p. S33.
56. **SON, Hwancheol, SONG, Sang Hoon, LEE, Jun-Young, et al.**
Relationship between premature ejaculation and depression in Korean males. *The journal of sexual medicine*, 2011, vol. 8, no 7, p. 2062–2070.
57. **XIA, Yue, LI, Juanjuan, SHAN, Guang, et al.**
Relationship between premature ejaculation and depression: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 2016, vol. 95, no 35.
58. **ZHANG, Xiansheng, GAO, Jingjing, LIU, Jishuang, et al.**
Prevalence rate and risk factors of depression in outpatients with premature ejaculation. *BioMed research international*, 2013, vol. 2013.
59. **MONFORTE, M., MIMOUN, S., et DROUPY, S.**
Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 761–770.

60. **CHANG, Shio-Ru, HO, Hong-Nerng, CHEN, Kuang-Ho, et al.**
Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 2012, vol. 9, no 10, p. 2582–2589.
61. **LUNDE, Inge, LARSEN, Gunvor Kramshøj, FOG, Eva, et al.**
Sexual desire, orgasm, and sexual fantasies: A study of 625 Danish women born in 1910, 1936, and 1958. *Journal of Sex Education and Therapy*, 1991, vol. 17, no 2, p. 111–115.
62. **COLSON, M.-H. et COUR, F.**
Les troubles de l'orgasme féminin. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 586–593.
63. **BEACH, Steven RH, KATZ, Jennifer, KIM, Sooyeon, et al.**
Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2003, vol. 20, no 3, p. 355–371.
64. **GOTLIB, Ian H. et BEACH, Steven RH.**
A marital/family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. 1995.
65. **DAVILA, Joanne.**
Paths to unhappiness: The overlapping courses of depression and romantic dysfunction. 2001.
66. **DAVILA, Joanne, BRADBURY, Thomas N., COHAN, Catherine L., et al.**
Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of personality and social psychology*, 1997, vol. 73, no 4, p. 849.
67. **BEACH, Steven RH, FINCHAM, Frank D., et KATZ, Jennifer.**
Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical psychology review*, 1998, vol. 18, no 6, p. 635–661.
68. **CHRISTIAN-HERMAN, Jennifer L., O'LEARY, K. Daniel, et AVERY-LEAF, Sarah.**
The impact of severe negative events in marriage on depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2001, vol. 20, no 1, p. 24–40.
69. **BANCROFT, John.**
Human sexuality and its problems. Elsevier Health Sciences, 2009.

70. APPA, Ayesha A., CREASMAN, Jennifer, BROWN, Jeanette S., *et al.*
The Impact of Multimorbidity on Sexual Function in Middle-Aged and Older Women: Beyond the Single Disease Perspective. *The journal of sexual medicine*, 2014, vol. 11, no 11, p. 2744–2755.
71. LYKINS, Amy D., JANSSEN, Erick, et GRAHAM, Cynthia A.
The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 2006, vol. 43, no 2, p. 136–143.
72. JOHNSON, Sheri L. et JACOB, Theodore.
Marital interactions of depressed men and women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1997, vol. 65, no 1, p. 15.
73. JOHNSON, Sheri L. et JACOB, Theodore.
Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2000, vol. 68, no 1, p. 4.
74. LAUMANN, Edward O., PAIK, Anthony, et ROSEN, Raymond C.
Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 1999, vol. 281, no 6, p. 537–544.
75. AYTAÇ, Işık A., ARAUJO, Andre B., JOHANNES, Catherine B., *et al.*
Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachussetts Male Aging Study. *Social science & medicine*, 2000, vol. 51, no 5, p. 771–778.
76. LAUMANN, Edward O., NICOLOSI, Alfredo, GLASSER, Dale B., *et al.*
Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 2005, vol. 17, no 1, p. 39.
77. AHMED, A., ALNAAMA, A., SHAMS, K., *et al.*
Prevalence and risk factors of erectile dysfunction among patients attending primary health care centres in Qatar/Prevalence du dysfonctionnement erectile et facteurs de risque chez les patients des centres de soins de sante primaires au Qatar. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2011, vol. 17, no 7, p. 587.
78. KUPELIAN, Varant, LINK, Carol L., ROSEN, Raymond C., *et al.*
Socioeconomic status, not race/ethnicity, contributes to variation in the prevalence of erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 2008, vol. 5, no 6, p. 1325–1333.

79. **GÉONET, Marie, DE SUTTER, Pascal, et ZECH, Emmanuelle.**
Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies*, 2013, vol. 22, no 1, p. 10–18.
80. **VILLENEUVE, Laurence, TRUDEL, Gilles, DARGIS, Luc, et al.**
Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18-month period. *Journal of sex & marital therapy*, 2014, vol. 40, no 3, p. 193–208.
81. **TRUDEL, G., GOLDFARB, M., et BOYER, R. Prévile.** In :
The relation between marital functioning and psychological distress in the elderly. Prague: Presentation at the European Congress of Psychology. 2007.
82. **EARLE, John R., SMITH, Mark H., HARRIS, Catherine T., et al.**
Women, marital status, and symptoms of depression in a midlife national sample. *Journal of women & aging*, 1997, vol. 10, no 1, p. 41–57.
83. **WEISSMAN, Myrna M.**
Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American journal of public health*, 1987, vol. 77, no 4, p. 445–451.
84. **GAGNÉ, Mélissa.**
Sexualité et satisfaction conjugale des femmes ayant des symptômes dépressifs: une étude contrôlée. Université du Québec à Chicoutimi, 2011.
85. **TRUDEL, G., VILLENEUVE, L., PRÉVILLE, M., et al.**
Sexuality, dyadic adjustment and psychological distress in elderly couples. *Présentation au Congrès International Association of Gerontology and Geriatrics. Paris*, 2009.
86. **DROUPY, S., GIULIANO, F., CUZIN, B., et al.**
Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie: l'enquête ENJEU (Enquête nationale de type 1 Jour sur la prévalence de la dysfonction Érectile chez des patients consultant en urologie). *Progrès en urologie*, 2009, vol. 19, no 11, p. 830–838.
87. **FUGL-MEYER, A. R., LODNERT, G., BRÄNHOLM, I. B., et al.**
On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 1997, vol. 9, no 3, p. 141.
88. **GIULIANO, François, CHEVRET-MEASSON, Marie, TSATSARIS, Anne, et al.**
Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. *European Urology*, 2002, vol. 42, no 4, p. 382–389.

89. **BUVAT, Jacques, RATAJCZYK, Jérôme, et LEMAIRE, Antoine.**
Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie*, 2002, vol. 12, no 1, p. 73.
90. **SYMONDS, T., ROBLIN, D., HART, K., et al.**
How does premature ejaculation impact a man's life?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2003, vol. 29, no 5, p. 361–370.
91. **PATRICK, Donald L., ALTHOF, Stanley E., PRYOR, Jon L., et al.**
Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *Journal of Sexual Medicine*, 2005, vol. 2, no 3, p. 358–367.
92. **DOLIŃSKA-ZYGMUNT, Grażyna et NOMEJKO, Agnieszka.**
Sexual satisfaction's contribution to a sense of quality of life in early adulthood. *Polish Journal of Applied Psychology*, 2011, vol. 9, no 1, p. 65–73.
93. **TRUDEL, Gilles.**
Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique. PUQ, 2000.
94. **SAGER, Clifford J.**
The role of sex therapy in marital therapy. *The American journal of psychiatry*, 1976.
95. **RILEY, Alan.**
The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*, 2002, vol. 14, no S1, p. S105.
96. **MCCABE, Marita P.**
Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1997, vol. 23, no 4, p. 276–290.
97. **RUST, John, GOLOMBOK, Susan, et COLLIER, John.**
Marital problems and sexual dysfunction: How are they related?. *The British Journal of Psychiatry*, 1988, vol. 152, no 5, p. 629–631.
98. **MCMAHON, Chris G., ALTHOF, Stanley E., KAUFMAN, Joel M., et al.**
Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *The journal of sexual medicine*, 2011, vol. 8, no 2, p. 524–539.

99. **Anderson KE, Mulhall JP, Wyllie MG.**
Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of Dapoxetine, a novel drug for “on-demand” treatment of premature ejaculation. *BJU Int* 2006;97:311–5.
100. **DEL NOCE, Giorgio et ABRAHAM, Georges.**
Éjaculation précoce et éjaculation difficile: une confrontation. *Revue Médicale Suisse*, 2010, no 241, p. 610.
101. **MORE, Caroline.**
Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967. *Le Mouvement Social*, 2004, no 2, p. 75–95.
102. **SEIDMAN, Stuart N., ROOSE, Steven P., MENZA, Matthew A., et al.**
Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *American Journal of Psychiatry*, 2001, vol. 158, no 10, p. 1623–1630.
103. **ROSEN, Raymond, SHABSIGH, Ridwan, BERBER, Mark, 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*, 2006, vol. 163, no 1, p. 79–87.
104. **WILLKE, Richard J., GLICK, Henry A., MCCARRON, Thomas J., et al.**
Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction. *The Journal of urology*, 1997, vol. 157, no 6, p. 2124–2128.
105. **COUR, Florence, FABBRO-PERAY, Pascale, CUZIN, Béatrice, et al.**
Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. *Prog Urol*, 2005, vol. 15, no 6, p. 1011–1020.
106. **GIAMI, Alain.**
De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. 2004.
107. **POUDAT, François-Xavier, BEAUDRY, Madeleine, BOISVERT, Jean-Marie, et al.**
Sexualité, couple et TCC. Elsevier Health Sciences France, 2011.
108. **RECORDON, Nathalie et KÖHL, John.**
Sexothérapies des dysfonctions sexuelles. *Sexologie clinique*, 2014, vol. 422, no 11, p. 651–653.

109. **Cottraux J.**
Les thérapies comportementales et cognitives. 4e édition. Paris: Masson; 2004.
110. **NEGADI, F., PELISSOLO, A., JOUVENT, R., et al.**
Application de l'EMDR en sexotraumatologie: évolution de la comorbidité psychopathologique à propos d'un cas d'agression sexuelle. In : *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2007. p. 523–528.
111. **BROTTO, Lori A., BASSON, Rosemary, et LURIA, Mijal.**
PSYCHOLOGY: A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 2008, vol. 5, no 7, p. 1646–1659.
112. **BOTTAI, Thierry.**
Traitement non médicamenteux de la dépression. *La Presse Médicale*, 2008, vol. 37, no 5, p. 877–882.
113. **MUNARRIZ, RICARDO, MAITLAND, SCOTT, GARCIA, SANDRA P., et al.**
A prospective duplex Doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 2003, vol. 29, no sup1, p. 85–94.
114. **PERELMAN, Michael A.**
PSYCHOLOGY: A New Combination Treatment for Premature Ejaculation: A Sex Therapist's Perspective. *The journal of sexual medicine*, 2006, vol. 3, no 6, p. 1004–1012.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

الاكتئاب و الإضطرابات الجنسية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/03/07

من طرف

الانسة امنية ايت بلعل

المزودة في 19 يناير 1990 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

العجز الجنسي - الأمراض الجنسية - المشاكل الزوجية - مضادات الاكتئاب

اللجنة

الرئيس

ح. اسموكي

السيد

أستاذ في جراحة امراض النساء و التوليد

المشرفة

ف. عصري

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

أ. بن علي

السيد

أستاذ مبرز في الطب النفسي

أ. عدلي

السيدة

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

ع. غوندال

السيد

أستاذ مبرز في جراحة المسالك البولية و التناسلية

م. خوشاني

السيدة

أستاذة مبرزة في العلاج بالاشعة

الحكام

