

# Santé sexuelle dans la pratique médicale – call to action

## Partie 1: Définition, épidémiologie, problématique dans la pratique médicale

Kurt April, Präsident\*; Johannes Bitzer, wissenschaftlicher Beirat\*

\* Dr. Sexual Health, Ärzte für sexuelle Gesundheit

### Quintessence

- Les problèmes ayant trait à la santé sexuelle sont fréquents, mais ils sont rarement abordés dans la pratique médicale.
- Les médecins évoquent rarement les problèmes sexuels avec leurs patients, qui attendent pourtant qu'ils prennent cette initiative.
- Dans le domaine de la médecine sexuelle, il est fréquent de passer à côté de diagnostics et les troubles/maladies restent souvent non traités.
- Les connaissances liées à la médecine sexuelle ne sont guère prises en compte dans la formation pré- et post-graduée, ainsi que dans la formation continue. Il y a un retard à combler de toute urgence.
- En Suisse également, la pratique médicale devrait davantage s'intéresser à la santé sexuelle.

### Introduction

Le corps médical joue un rôle central dans la santé publique (*public health*) en ce qui concerne les problèmes sexuels. Les médecins sont les principaux acteurs dans

- la pose du diagnostic, la planification et la mise en œuvre des traitements de maladies sexuelles, ainsi que leur prévention;
- la réalisation de vaccinations et de tests;
- la dispensation d'informations et de conseils en cas de problèmes en rapport avec la santé sexuelle.

Les problèmes en lien avec la santé sexuelle, tels que les infections sexuellement transmissibles (*sexually transmitted infections*, STI), les dysfonctionnements sexuels, les grossesses non désirées, les problèmes de fertilité et la violence sexuelle, sont fréquents: selon des estimations, dans notre pays, une personne sur deux y serait confrontée une ou plusieurs fois au cours de sa vie [1–3].

Paradoxalement, les problèmes sexuels ne sont pas un thème fréquent lors des consultations médicales [4]. Le plus souvent, les médecins n'évoquent pas les troubles sexuels, les infections sexuelles ou les comportements à risque avec leurs patients. Pourtant, pratiquement tous les patients trouveraient normal que leur médecin aborde la question des problèmes sexuels avec eux et la grande majorité d'entre eux auraient même souhaité qu'il le fasse. Ainsi, en raison de cette culture du silence, seule une minorité de patients souffrant de problèmes sexuels consultent un médecin de leur propre initiative. Des sondages représentatifs montrent que la prise en charge médicale relative à la santé sexuelle est insuffisante [5, 6]. Sont impliqués dans cette problématique les médecins de premier recours mais également des

spécialistes, tels que les gynécologues/obstétriciens, urologues, psychiatres, dermatologues/vénéréologues, infectiologues et pédiatres.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déplore depuis longtemps déjà une insuffisance au niveau de la gestion médicale de la sexualité et de ses troubles, raison pour laquelle elle a publié à plusieurs reprises des recommandations d'action à l'attention des médecins [7, 8]. Déjà en 2001, le ministre américain de la Santé (*Surgeon General*) s'était adressé aux médecins, les invitant dans un «call to action» à accorder une plus grande place à la santé sexuelle au sein de la pratique médicale [9].

Avec cet article, l'association «Dr. Sexual Health, Ärzte für sexuelle Gesundheit» appelle les médecins suisses à accorder une plus grande attention à la santé sexuelle dans la pratique médicale («call to action»). La première partie de cet article a pour objectif de mettre en lumière la prise en charge insuffisante et le manque de conscience du problème et d'expliquer le contexte. En Suisse également, les médecins ont encore un grand retard à rattraper dans le domaine de la médecine sexuelle. La deuxième partie de cet article présente des solutions destinées à améliorer la prise en charge médicale dans le domaine de la santé sexuelle et encourage leur mise en œuvre. Au vu de l'importance de l'anamnèse sexuelle dans la pratique médicale quotidienne, une partie est spécifiquement consacrée à ce thème à la fin de l'article.

### Santé sexuelle, troubles et problèmes

#### Qu'est-ce que la santé sexuelle?

Les définitions de la santé sexuelle sont sujettes à discussion, y compris en médecine. La définition qui a bénéficié de la plus grande acceptation et considération est celle de l'OMS. Il s'agit selon nous d'une définition complète qui tient compte de tous les aspects nécessaires et essentiels. La définition de la santé sexuelle de l'OMS intègre les notions d'attitude positive envers la sexualité et d'entretien de la santé sexuelle. Elle englobe non seulement la reproduction désirée ainsi que l'absence de maladies sexuellement transmissibles, de troubles sexuels et d'abus sexuels, mais également l'amélioration de la qualité de vie, des relations personnelles et de l'amour [10]. Selon la définition de l'OMS, la

Dans cet article, les termes «patient» et «médecin» désignent aussi bien les hommes que les femmes.



Kurt April

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt financier ou personnel en rapport avec cet article.

«Dr. Sexual Health, Médecins pour la santé sexuelle», est une association médicale suisse à but non lucratif comptant environ 600 membres qui sont neutres sur le plan politique et confessionnel. L'association a pour objectif de promouvoir la santé sexuelle, de défendre les droits sexuels et de prévenir les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH, par le biais de mesures préventives adéquates. Pour nous, il est fondamental que les infections sexuellement transmissibles soient détectées et traitées précocement chez les personnes vivant en Suisse. Nous nous opposons à la «tabouisation» et à la stigmatisation des personnes infectées par le VIH ou atteintes d'autres infections sexuellement transmissibles ou problèmes sexuels. Dr. Sexual Health œuvre en particulier pour deux groupes cibles: 1) les médecins et leurs patients; 2) la population générale. A cet effet, l'association se laisse guider par les principes reconnus des sciences médicales et de l'éthique médicale.

www.drsh.ch; sekretariat[at]drsh.ch



santé sexuelle «... ne consiste pas uniquement en [...] la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles [...], sans [...] discrimination, ni violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.» [11]. Dans diverses publications, l'OMS insiste sur le fait que les adolescents et les individus de tout âge ont le «droit d'obtenir des informations et des explications appropriées» [12].

#### Difficultés conceptuelles et nosologiques

Quel terme utiliser lorsque les critères de santé sexuelle ne sont pas remplis? Faut-il alors parler de *maladie sexuelle*, de *troubles de la santé sexuelle*, de *problèmes sexuels* ou de *déviances*? Chacun de ces termes a une connotation idéologique ou est soit stigmatisant, soit imprécis, soit limitatif. Dans cet article, nous privilégions le terme générique et grand public *problèmes de santé sexuelle*.

Parmi les problèmes de santé sexuelle figurent les troubles sexuels, les infections sexuellement transmissibles, les problèmes de contraception et de fertilité (tab. 1 et 2 [↔](#)), ainsi que la violence sexuelle et les abus sexuels. Vus sous l'angle psychiatrique, les troubles sexuels sont classés dans les sous-catégories *troubles de la fonction sexuelle*, *troubles de l'identité sexuelle*, *troubles de la préférence sexuelle* et *paraphilies*.

Tout particulièrement dans le domaine de la sexualité, les notions de santé, de symptômes, de troubles et de maladie constituent un *continuum conceptuel* et elles sont également définies et standardisées par les experts de manière moins précise que les troubles psychopathologiques ou les symptômes somatiques [13].

Dans les manuels diagnostiques CIM et DSM, les troubles sexuels sont uniquement considérés comme un symptôme ou un trouble en présence d'une souffrance ou d'une mise en danger d'autrui (par ex. pédophilie). Cela présente l'avantage d'éviter aux médecins une pathologisation inutile. Par exemple, si une «éjaculation précoce ou tardive» ou un «manque d'intérêt sexuel» sont inutilement diagnostiqués en tant que trouble psychiatrique, cela peut être à l'origine de problèmes personnels et de problèmes de couple.

#### Epidémiologie des problèmes / troubles sexuels

Les études épidémiologiques relatives aux problèmes ou troubles sexuels sont controversées et sujettes aux erreurs. Cela s'explique notamment par le fait que les problèmes et troubles sont définis de manière différente, ce qui conduit, par ex. pour les dysfonctionnements, à des résultats très variables. Par ailleurs, il s'agit le plus souvent de sondages, qui s'accompagnent d'une certaine incertitude quant à l'exactitude des renseignements fournis par les participants. Pour certains problèmes sexuels, il n'existe pas de données de prévalence; c'est par ex. le cas pour les paraphilies, les troubles de l'identité sexuelle, les abus sexuels ou les grossesses non désirées (tab. 1 et 2).

Pour les *dysfonctionnements sexuels*, le problème du surdiagnostic et du sous-diagnostic devient particulièrement manifeste. Une étude largement citée conduite par Laumann et al. [14] a révélé pour les Etats-Unis une prévalence élevée des troubles de la fonction sexuelle, de l'ordre de 43% chez les femmes et de 31% chez les hommes. Toutefois, lorsqu'il est demandé aux participants s'ils souffrent également de ces troubles, les chiffres diminuent de plus de la moitié, s'élevant à 10–15% de la population [15, 16]. D'un autre côté, il est reproché au nouveau manuel diagnostique de la psychiatrie DSM-5 [17] d'utiliser des critères d'exclusion trop stricts, conduisant au sous-diagnostic des troubles sexuels [18].

Les abus sexuels et la violence sexuelle parmi les adolescents sont souvent sous-estimés. Dans une étude réalisée aux Pays-Bas, 15,8% des adolescentes et 7,5% des adolescents ont indiqué avoir déjà été victimes de violence sexuelle infligée par d'autres adolescents [19]. En Suède, ce phénomène concernait 13,5% des filles et 5,5% des garçons [20].

#### Santé sexuelle dans la pratique médicale

##### La médecine sexuelle arrive certes à maturité mais elle n'est pas (encore) arrivée dans (tous) les cabinets médicaux

Rares sont les domaines de la vie qui ont connu autant de changements que la sexualité au cours de ces 150 dernières années. L'évolution des valeurs qui a à l'évidence eu lieu au niveau du couple, de la famille, de l'homme et de la femme a eu des répercussions directes sur la sexualité. Il y a 150 ans, les préjugés et opinions irréelles sur la sexualité (la masturbation ou le désir sexuel chez la femme serait pathologique et serait à

Tableau 1

Problèmes sexuels rencontrés au cabinet médical.  
Source: Sigusch 2007, Briken et Berner 2013.

| Catégorie de problème   | Problèmes, diagnostics selon la CIM-10   | Prévalence   |
|---|--|--|
|   | <b>Dysfonctionnements sexuels</b> F52<br>Surviennent lors de la plupart des rapports sexuels et sont présents depuis au moins 6 mois. Ces troubles sont à l'origine d'une souffrance considérable ou de problèmes relationnels. Ne doivent pas être attribuables à un facteur pathologique médical, à d'autres troubles psychiques ou à la prise de médicaments. | 10–15% de la population  |
| <b>Désir sexuel, approche sexuelle</b>                                      | <b>Trouble du désir sexuel</b> F52.0<br><b>Absence de désir sexuel, activité sexuelle limitée</b> F52.0<br><b>Aversion sexuelle, sentiment de dégoût lors des rapports sexuels</b> F52.1<br><b>Pulsion sexuelle excessive</b> F52.7  | 7–12%  |
| <b>Stimulation sexuelle</b>   | <b>Trouble de l'excitation sexuelle</b> F52.2<br>♀ (le plus souvent, troubles de la lubrification)<br>♂ Troubles de l'érection   | ♀ 6–7%<br>♂ 17%,<br>>25% chez les individus de plus de 60 ans  |
| <b>Orgasme et éjaculation</b>   | <b>Troubles de l'orgasme féminin</b> F52.3<br><b>Retard ou absence d'orgasme / éjaculation</b> F52.3<br><b>Ejaculation précoce</b> F52.4   | 5–8%   |
| <b>Coït, pénétration</b>  | <b>Vaginisme</b> F52.5<br>(contraction involontaire et douloureuse du plancher pelvien/vagin)<br><b>Dyspareunie</b> F52.6<br>(douleurs durant ou après les rapports sexuels)   | 0,4%<br>♀ 1–3%,<br>♂ 0,1%  |
| <b>Identité sexuelle</b>  | <b>Troubles de l'identité sexuelle</b> F64   | Absence de données épidémiologiques  |
| Désir ou conviction d'appartenir au sexe opposé; désir de changer de sexe   | <b>Transsexualisme</b> F64.0   | 6x plus fréquent chez les hommes que chez les femmes   |
| Besoin de porter des vêtements du sexe opposé sans désir de changer de sexe | <b>Travestisme</b> F64.1   | Concerne presque seulement les hommes  |
| <b>Intérêt sexuel</b>   | <b>Troubles de la préférence sexuelle (paraphilies)</b> F65<br><b>Fétichisme</b> F65.0<br><b>Travestisme fétichiste</b> F65.1<br><b>Exhibitionnisme</b> F65.2<br><b>Voyeurisme</b> F65.3<br><b>Pédophilie</b> F65.4<br><b>Sadomasochisme</b> F65.5   | Absence de données épidémiologiques  |
| <b>Absence d'enfant non désirée</b>   | <b>Stérilité (N46/N97)</b>   | 10–15% des couples,<br>Cause chez<br>♀ 50%, ♂ 35%<br>♀ et ♂ 10–15% [40]                                  |
| <b>Abus sexuel / violence sexuelle</b>                                      | <b>Abus sexuel</b> T74.2   | Concerne avant tout le sexe féminin:<br>9% des filles jusqu'à 14 ans<br>13% des femmes après 16 ans [41] |

l'origine de maladies, etc.) étaient également monnaie courante dans les cercles médicaux. Cela nous place également au cœur de la *controverse sociale* sur ce qui doit être considéré comme «pathologique ou sain», «normal ou déviant» dans le domaine de la sexualité. L'histoire de la médecine nous enseigne que les médecins et scientifiques ne doivent pas se laisser détourner par la politique, l'idéologie et la religion et qu'ils ne doivent pas dévaloriser ou pathologiser des comportements et préférences sexuels. Bon nombre d'états qui étaient encore considérés comme pathologiques au siècle dernier, comme l'homosexualité, ont été supprimés des classifications diagnostiques. Le principe d'Hippocrate *primum non nocere* (lat.: «d'abord, ne pas nuire») devrait également être pris en compte dans le cadre des problèmes sexuels, consistant également à éviter les stig-

matisations et discriminations (par ex. en cas d'infection par le VIH ou par rapport à l'orientation sexuelle) [21]. La controverse et l'émotion que suscitaient les questions ayant trait aux troubles sexuels/maladies sexuelles s'expliquent aussi vraisemblablement par le fait que pendant longtemps, seules de rares études scientifiques étaient disponibles. Au cours des cent dernières années, de nombreux médecins notamment se sont engagés pour ouvrir la voie à une considération naturelle de la sexualité et ont acquis de solides connaissances, en intégrant également différentes disciplines scientifiques [22, 23]. La médecine sexuelle constitue aujourd'hui une discipline à part entière qui dispose d'un savoir établi [24, 25]. Malheureusement, les connaissances de la médecine sexuelle ne sont jusqu'à présent guère prises en compte dans la formation pré- et post-graduée

**Tableau 2**

Infections sexuellement transmissibles. Source: Office fédéral de la santé publique.

| Agent pathogène   | Maladies / conséquences tardives potentielles  | Fréquence/cas  |
|---|--|--|
| <i>Chlamydia trachomatis</i> (D-K)                            | Urétrite, cervicite, infections ascendantes, infertilité                                       | 3–10% de la population<br>Annuellement, >8000 cas signalés                 |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i>                                  | Urétrite, cervicite, infections ascendantes, infertilité                                       | Annuellement, >1500 cas signalés, dont 60% chez des HSH*                   |
| Herpès simplex virus de types 1+2                             | Urétrite, vaginite, cervicite, infections ascendantes, infertilité                             | 60–70% de la population, dont 20% de porteurs du HSV-2                     |
| <i>Trichomonas vaginalis</i>                                  | Vaginite   | Fréquent, pas de données   |
| <i>Candida albicans</i>                                       | Vaginite   | Fréquent, pas de données   |
| <i>Gardnerella vaginalis</i>                                  | Vaginite   | Fréquent, pas de données   |
| Papillomavirus humains  | Verrues génitales, carcinomes (col de l'utérus, anal, oral, pénis)                             | 70% infectés une fois au cours de la vie, dont 10% d'infections chroniques |
| <i>Haemophilus ducreyi</i>                                    | Chancre mou  | Rare, pas de données   |
| <i>Ureoplasma ureolyticum</i>                                 | Urétrite, cervicite, infections ascendantes, infertilité                                       | Fréquent, pas de données   |
| <i>Treponema pallidum</i>                                     | Chancre dur, syphilis de stades II+III   | Annuellement, >1000 cas signalés, 70% chez des hommes; 27% chez des HSH    |
| VIH   | Primo-infection, sida  | Annuellement, 5–600 cas signalés   |
| Virus de l'hépatite B   | Hépatite virale aiguë, infection chronique avec cirrhose/ carcinome hépatique                  | Annuellement, >1400 cas signalés, dont 40–70% transmis par voie sexuelle   |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> L 1–3 (lymphogranulome vénérien) | Ulcère génital non douloureux; plus tard, ganglions lymphatiques inguinaux enflés et purulents | Rare, avant tout chez les HSH, pas de données                              |

\* HSH: hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

(Remarque: Ce tableau a été corrigé dans la version en ligne de l'article.)

des médecins, de sorte que ces derniers ne possèdent, d'une manière générale, qu'un savoir trop limité en matière de médecine sexuelle et qu'ils s'en tiennent à des représentations désuètes ou erronées de la sexualité. Bien souvent, les médecins forgent leurs opinions sur la sexualité et ses troubles en s'inspirant des mêmes sources douteuses ou inadéquates que les patients [26].

### Les problèmes sexuels demeurent un thème délicat

Malgré toutes les avancées réalisées dans la médecine sexuelle et en dépit de l'attitude libérale, aujourd'hui largement répandue, à l'égard de la sexualité, le dialogue médecin-patient au sujet des problèmes sexuels reste encore un laissé-pour-compte. Il s'agit pourtant du b.a.-ba pour détecter, diagnostiquer, traiter les problèmes sexuels et dans l'idéal, y remédier [27, 28]. Dans une étude conduite à Lausanne avec 1452 patients de sexe masculin âgés de 18 à 70 ans, seuls 40% ont déclaré qu'un médecin avait évoqué la question de la sexualité en général avec eux et seuls 20% des patients se sont vus interrogés au sujet d'infections sexuellement transmissibles, du nombre de partenaires sexuels ou de l'orientation sexuelle [29]. A l'inverse, 95% des patients estimaient qu'il était normal que leur médecin aborde les problèmes sexuels avec eux et les conseille à ce sujet. Par ailleurs, 90% des patients auraient souhaité que leur médecin réalise une anamnèse sexuelle et 60% des patients auraient même voulu qu'il le fasse lors de la première consultation, dans le cadre d'une anamnèse médicale détaillée. Dans cette étude, 85% des patients ont déclaré qu'ils ne seraient pas du tout embarrassés par des questions au sujet de leur sexualité. Seuls 15% des patients auraient été gênés par de telles questions, parmi lesquels 75% auraient tout de

même apprécié que leur médecin aborde ce sujet. Seul environ un quart des patients atteints de problèmes sexuels ont consulté un médecin de leur propre initiative.

Différentes études internationales conduites dans des pays développés [30] montrent qu'il s'agit d'un problème qui n'est pas spécifique à la Suisse. Des données provenant de Suisse et d'Allemagne ont unanimement identifié quatre raisons principales expliquant ce déficit: les médecins partent du principe

- 1 que parler de la sexualité est désagréable pour le patient;
- 2 que parler de la sexualité n'est pas possible par manque de temps;
- 3 que parler de la sexualité est difficile en raison de l'incertitude des médecins à ce sujet;
- 4 que leur formation et leurs connaissances sur la médecine sexuelle sont insuffisantes (plus de 80%) [31].

### De nombreux diagnostics et traitements manqués

Lorsque les médecins ne recueillent pas l'anamnèse sexuelle, de nombreux troubles sexuels [32] et infections sexuellement transmissibles ne sont pas diagnostiqués et les problèmes de contraception ou de violence sexuelle ne sont pas détectés.

Les insuffisances sont également bien documentées en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Chez 30 à 50% des personnes concernées, les infections par le VIH sont uniquement diagnostiquées tardivement [33]. Il en va de même pour les diagnostics de syphilis: en Suisse, en 2012, chez les hétérosexuels, seuls 34% des diagnostics ont été posés au premier stade; chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, cette proportion était à peine plus élevée (43%). D'après des estimations,

de nombreux cas de gonorrhée, d'infections à Chlamydia et d'infections à HPV passent également inaperçus [34, 35].

Un diagnostic et un traitement précoces des infections sexuellement transmissibles revêtent une importance majeure à la fois pour les personnes concernées et pour la santé publique. Les diagnostics manqués ou tardifs menacent la santé des personnes infectées et s'opposent aux changements de comportements destinés à protéger les partenaires sexuels. Les professionnels et les autorités en ont pris conscience il y a longtemps déjà, de sorte que l'Office fédéral de la santé publique a publié en 2007 des recommandations relatives au «Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins» [36]. Malgré plusieurs publications dans le Bulletin officiel [37], ces efforts n'ont pas eu le succès escompté: d'une part, les nouveaux cas d'infection par le VIH n'ont pas régressé et, d'autre part, les médecins ne connaissaient pas ces recommandations et/ou ne les appliquaient pas [38]. Comme déjà mentionné, cet échec pourrait s'expliquer par le fait que les médecins évitent d'aborder la question de la sexualité et des risques sexuels avec leurs patients parce qu'ils ne veulent pas mettre les pieds dans le plat et par le fait qu'ils ont trop peu de connaissances sur la nécessité de réaliser des tests de dépistage du VIH dans certaines situations cliniques [39].

#### Nécessité d'un plus grand engagement de la part des médecins

La médecine sexuelle constitue un domaine qui est négligé à tort par le corps médical. Dans un contexte d'attitude positive envers la sexualité, nous, médecins, devons faire preuve de plus d'engagement et d'ouverture d'esprit vis-à-vis des problèmes de ce type. Nous devons toutefois nous garder de pathologiser automatiquement la situation des personnes dont les fonctions sexuelles ou intérêts sexuels ne se situent pas dans la moyenne de la norme statistique (par ex. manque de désir sexuel ou éjaculation précoce). Bien entendu, il faut également tenir compte des droits de la personnalité de nos patients (tests et diagnostics). Dans cette optique, il convient d'accorder une attention toute par-

ticulière au principe d'Hippocrate *primum non nocere*, qui guide la pratique médicale. Dans notre pratique quotidienne, nous devrions aborder la question des problèmes sexuels, dispenser des informations et des explications à ce sujet et le cas échéant, fournir des conseils supplémentaires afin de permettre aux patients de se responsabiliser de façon autodéterminée vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur(s) partenaire(s) sexuel(s) et de vivre une sexualité qui leur donne satisfaction. Le soulagement des symptômes et le traitement des infections sexuellement transmissibles et des troubles sexuels font sans aucun doute partie de l'activité médicale primaire. Toutefois, de nombreux médecins se sentent insuffisamment formés à la médecine sexuelle. Il y a en effet un retard à combler à tous les niveaux de la formation. Le dialogue autour de la sexualité et le recueil de l'anamnèse sexuelle peuvent et doivent également être appris.

#### Correspondance:

Prof. Johannes Bitzer, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe  
Dr Kurt April, FMH Psychiatrie und Psychotherapie  
Dr. Sexual Health  
Ärzte für sexuelle Gesundheit  
Postfach 24  
CH-8810 Horgen  
[kurt.april\[at\]hin.ch](mailto:kurt.april[at]hin.ch)  
[www.drsh.ch](http://www.drsh.ch)

#### Références recommandées

- Meystre-Agostoni G, Jeannin AJ, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann PK, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
- Hartmann U, Niccolosi A, Glasser DB., Gingell C, Buvat J, Moreira E, Lauman EO. Sexualität in der Arzt-Patienten Kommunikation. Ergebnisse der «Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen». *Sexuologie.* 2002;9:50-60.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762-74.
- Briken P, Berner M. *Praxisbuch sexuelle Störungen.* Stuttgart: Thieme Verlag; 2013.
- Buddeberg C. *Sexualberatung, eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater.* Stuttgart: Thieme Verlag; 2005.

La liste complète des références numérotées se trouve sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).