

CONSULTATIONS SEXO DÉDIÉES AUX PVVIH À L'HÔPITAL BICHAT (PARIS)

Docteur Patrick PAPAZIAN
Hôpital Bichat – Claude Bernard,
Paris

**LA SANTÉ SEXUELLE
DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH EST-ELLE
BONNE ?**

SANTÉ SEXUELLE, DÉFINITION (1).

La santé sexuelle fait partie intégrale de leur bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence.

Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.

Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte.

(1) Accessible sur <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

SANTÉ SEXUELLE ET VIH

Rapport Morlat 2013, s'inscrivant dans le sillage du rapport Yeni 2010 ⁽¹⁾ : « *nécessité de développer une offre de santé sexuelle intégrée et coordonnée, au plus proche des besoins des personnes* »

(1) Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. P. Morlat.

QUE SAIT-ON, PLUS PRÉCISÉMENT, DE LA SANTÉ SEXUELLE DES PVVIH ?



1989 K. Haring 890

PAS GRAND-CHOSE.

Déssexualisation

de l'épidémie avec l'arrivée des antirétroviraux.

Déplacement des préoccupations sur d'autres sujets tels que l'accès aux traitements et remédicalisation du champ de recherche sur le VIH/sida, et en particulier de la prévention.

(Catherine Tourette-Turgis/ David Friboulet)

ACTIVITÉ SEXUELLE DES PVVIH

Vespa 2 montre une **dégradation de l'activité sexuelle des PVVIH** (de 78 en 2003 à 71% en 2011, $p < 0,0001$)*⁽¹⁾

À titre de comparaison, le taux d'activité sexuelle est de 89% chez les femmes et 93% chez les hommes en population générale ^(1, 2)

Les HSH sont les plus sexuellement actifs (plus de 79% en 2011), les femmes sont les moins sexuellement actives, les hommes non-HSH se situent entre les deux (de 68 à 74,9 % selon les sous-groupes). ⁽¹⁾

* % de PVVIH rapportant avoir eu une activité sexuelle dans les 12 derniers mois.

(1) Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Dray-Spira R, Spire B et le groupe Vespa2. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd 2013; (26-27):307-14

(2) Bajos N, Bozon M, Beltzer N Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Ed. La Découverte; 2008 612 p.

ACTIVITÉ SEXUELLE DES PVVIH

Les femmes sont moins sexuellement actives (de 58,6% à 64,6% selon le groupe) : les moins sexuellement actives sont les femmes hétérosexuelles non-Africaines non-usagères de drogue intraveineuse. ⁽¹⁾

Parmi les PVVIH sexuellement inactives au moment de l'étude (29%), le dernier rapport sexuel date de 4,3 ans en médiane ! ⁽¹⁾

* % de PVVIH rapportant avoir eu une activité sexuelle dans les 12 derniers mois.

- (1) Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Dray-Spira R, Spire B et le groupe Vespa2. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd 2013; (26-27):307-14
- (2) Bajos N, Bozon M, Beltzer N Enquête sur la sexualité en France pratiques, genre et santé paris: La Découverte; 2008 612 p.

QUELS FACTEURS SPÉCIFIQUES ?

Raisons invoquées pour l'absence d'activité sexuelle ⁽¹⁾ :

- l'absence d'envie,
- la peur de contaminer l'autre,
- la peur du rejet,
- le sentiment d'être moins séduisant et de mauvaise santé,
- les difficultés à utiliser le préservatif et une dysfonction sexuelle (18 %).

(1) Bouhnik AD, Préau M, Schiltz MA, Obadia Y, Spire B. Sexual difficulties in people living with HIV in France--results from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). AIDS Behav 2008 ; 12 : 670-6.

PRINCIPALE PLAINTÉ CHEZ LES HOMMES SÉROPOSITIFS ?

Au moins 1 homme sur 2 souffrirait d'une dysfonction érectile. (1, 2, 3)

- Chez les hommes, les données disponibles font état d'une prévalence élevée de dysfonction sexuelle allant jusqu'à 75 % dans certaines études.
- Les plaintes sont représentées par les troubles de l'érection, le manque de libido, ainsi que des troubles de l'éjaculation.
- Les causes organiques de dysfonction sexuelle restent minoritaires.
- L'absence complète d'érection devra faire orienter l'homme vers un urologue ou sexologue qui pourra proposer la réalisation d'examens complémentaires (doppler, dosages hormonaux).

(1) Mao L, Newman CE, Kidd MR, Saltman DC, Rogers GD, Kippax SC. Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. *J Sex Med* 2009 ; 6 : 1378-85.

(2) Moreno-Pérez O, Escoín C, Serna-Candel C et al. Risk factors for sexual and erectile dysfunction in HIV-infected men: the role of protease inhibitors. *AIDS* 2010 ; 24 : 255-64.

(3) Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. P. Morlat.

PRINCIPALE PLAINTE CHEZ LES FEMMES SÉROPOSITIVES ?

1 femme sur 2 présenterait une absence de désir

Selon les rares études disponibles, la proportion de femmes se plaignant de dysfonction sexuelle est d'environ 30 %. Les plaintes concernent (1, 2) :

- **l'absence de désir (50 %),**
- **la sécheresse vaginale (41 %),**
- **l'absence de plaisir (33 %),**
- **l'absence d'orgasme (31 %)**
- **ou des douleurs (30 %).**

La peur de contaminer l'autre est omniprésente.

(1) Luzi K, Guaraldi G, Murri R et al. Body image is a major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antivir Ther* 2009 ; 14 : 85-92.

(2) Wilson TE, Jean-Louis G, Schwartz R et al. HIV infection and women's sexual functioning. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 ; 54 : 360-7.

ETUDE PVVIH 50+ (200 PVVIH, SAO PAULO)

Une santé sexuelle médiocre...

[Table 2](#) shows that the most compromised domains of the QoL scale were disclosure worries (39.0), sexual function (45.9), and financial worries (55.6). The average scores of the ASKAS' knowledge and attitudes domains were 3.7 and 14.8, respectively, showing that this population has knowledge and attitudes favorable to sexuality.

Table 2 - Average values of the HAT-QoL's and ASKAS' domains among patients living with HIV/AIDS. São Paulo, SP, Brazil, 2012

Domains	Average (\pm standard deviation)
HAT-QoL (n= 201)	
Overall function	79.39 (20.9)
Life satisfaction	71.9 (24.4)
Health worries	83.2 (22.9)
Financial worries	55.6 (37.5)
Medication worries	88.7 (17.3)
HIV mastery	77.8 (33.6)
Disclosure worries	39.0 (27.3)
Provider trust	72.2 (30.7)
Sexual function	45.9 (43.5)
ASKAS	
Knowledge	31.7 (6.7)
Attitude	14.8 (6.8)

ETUDE PVVIH 50+ (200 PVVIH, SAO PAULO)

Sexe, âge, origine ethnique et CSP ont une influence sur la santé sexuelle.

Table 3 - Variables associated with the HAT-QoL's domains in the multiple linear regression analysis. São Paulo, SP, Brazil, 2012

HAT-QoL	Variables	Coefficient	p value	R ² *
Overall function	Exercise (yes x no)	9.28	0.0018	0.0489
Life satisfaction	Exercise (yes x no)	7.85	0.0239	0.0465
	Longer time since diagnosis (years)	0.58	0.0449	
Health worries	Longer time since diagnosis (years)	0.81	0.0033	0.0436
Financial worries	Economic class (A and B x C, D and E)	13.38	0.0147	0.0303
HIV mastery	Education x illiterate	14.05	0.0061	0.0381
Disclosure worries	Employed x Unemployed	-13.03	0.0013	0.0627
	Age (55-59 years old x ≥60 years old)	8.39	0.0425	
Provider trust	How acquired the infection (know x do not know)	11.41	0.0262	0.0498
	Education x illiterate	-9.85	0.0321	
Sexual function	Male x female	25.00	0.0001	0.1627
	Age (55-59 years old x ≥60 years old)	16.99	0.0065	
	Race (Caucasian x non-Caucasian)	-15.79	0.0127	
	Economic class (AB x CDE)	12.98	0.0349	

*

BREF, 1 SUR 2 VA MAL



POURQUOI C'EST GRAVE ?

(QUE LA SANTÉ SEXUELLE DES PVVIH NE SOIT PAS BONNE)

LA PAROLE EST AUX PATIENT(E)S...

Avec mes problèmes pour bander, je ne mets plus de préservatif. CE N'EST PAS QUE JE NE VEUX PAS, C'EST QUE JE NE PEUX PAS !

Les drogues m'aident à avoir plus de désir.

Ma dernière relation sexuelle remonte à 2003. Date de découverte de ma séropositivité. Mais tout va bien, je me suis habituée à la solitude.

Je suis un danger pour les autres.

Je me dégoûte, je dégoûte les autres, j'ai envie de me cacher dans un petit coin et de ne plus voir personne.

Je ne veux l'annoncer à personne.

Je prends des médicaments en cachette, sur internet, ou au bled.

Je ne mérite plus d'avoir une sexualité.

On m'a trahi une fois, on ne m'aura pas deux fois.

QUELLES CONSÉQUENCES ?

Au-delà de la qualité de vie, de l'estime de soi, de la prise de risque sexuel ...

Lien entre perception d'une insatisfaction sexuelle et mauvaise observance du traitement antirétroviral/paramètres virologiques et immunologiques... (1)

(1) Trotta MP et al. AIDS Patient Care and STDs - 22(4):291-299; Self-Reported Sexual Dysfunction Is Frequent Among HIV-Infected Persons and Is Associated with Suboptimal Adherence to Antiretrovirals.

**EN PRATIQUE, QUE PEUT-ON
FAIRE ?**

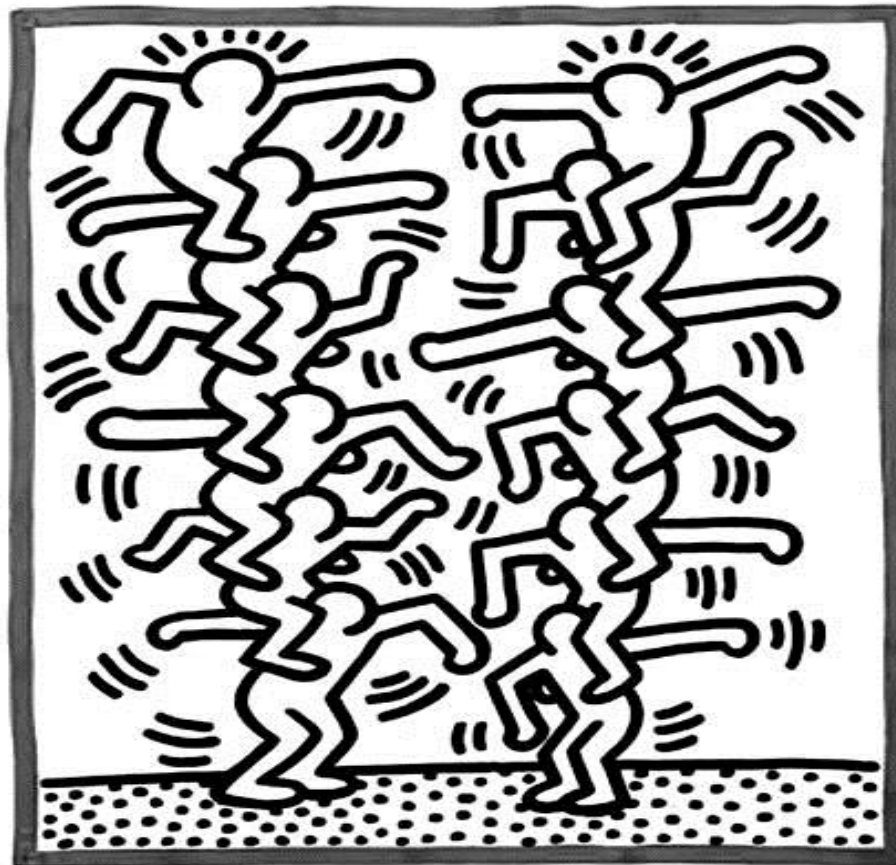
À BICHAT ?

consultation de sexologie intégrée au service de maladies infectieuses et tropicales depuis 3 ans.

- Dr Guy Patrick TERNI (PRATTACH)

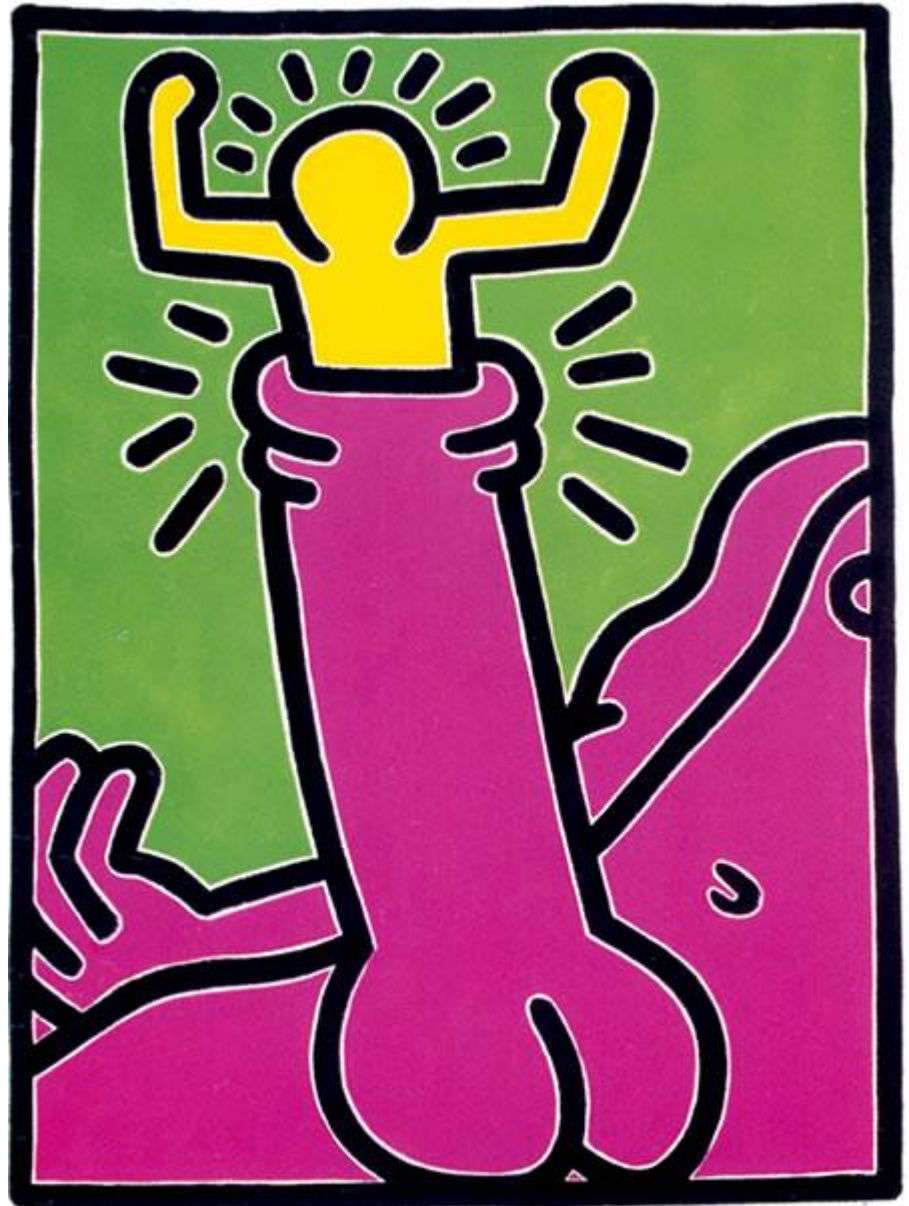
- Proctologie
 - Dr Dalila BENABDERRAHMANE (PRATTACH)
- Psychologie
 - Mme Zohra BENHADDAD (Psychologue) - *Sous le nom du Dr BERKI et que les patients du service maladies infectieuses et tropicales*
- Sexologie
 - Dr Patrick PAPA ZIAN (PRATTACH) - *Consultation de sexologie*
- Vaccinations
 - Dr Justine DORCHIES (PRATTACH) - *Internationales. Conseil aux voyageurs et vaccinations*

PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH DANS LA VRAIE VIE...



80%

**des patients consultant
en sexologie
sont des HOMMES**



CONSULTATION SANTÉ SEXUELLE

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer la sous-représentation des femmes venant consulter :

- **médecin sexologue de sexe masculin,**
- **« résignation » des femmes vivant avec le VIH,**
- **pression du conjoint pour ne pas consulter,**
- **offre de soins moins fréquemment proposée aux femmes par les médecins spécialistes,**
- **orientation directe vers un médecin gynécologue/spécialisé dans le cadre d'un désir d'enfant,**
- **démarche entravée par les représentations sociales ou les croyances de certaines femmes,**
- **absence connue du grand public de traitement médicamenteux spécifique de la sexualité féminine.**

La moyenne d'âge et l'âge médian sont de

48 ans (de 24 à 68 ans).

La consultation intervient en moyenne

11 ans après la date de découverte de la séropositivité
(de 3 mois à 27 ans)

L'orientation sexuelle est **homo/bisexuelle dans 35 %**
des cas, hétérosexuelle dans 65 %
des cas.



En moyenne,

1,7
motifs
de
consultation

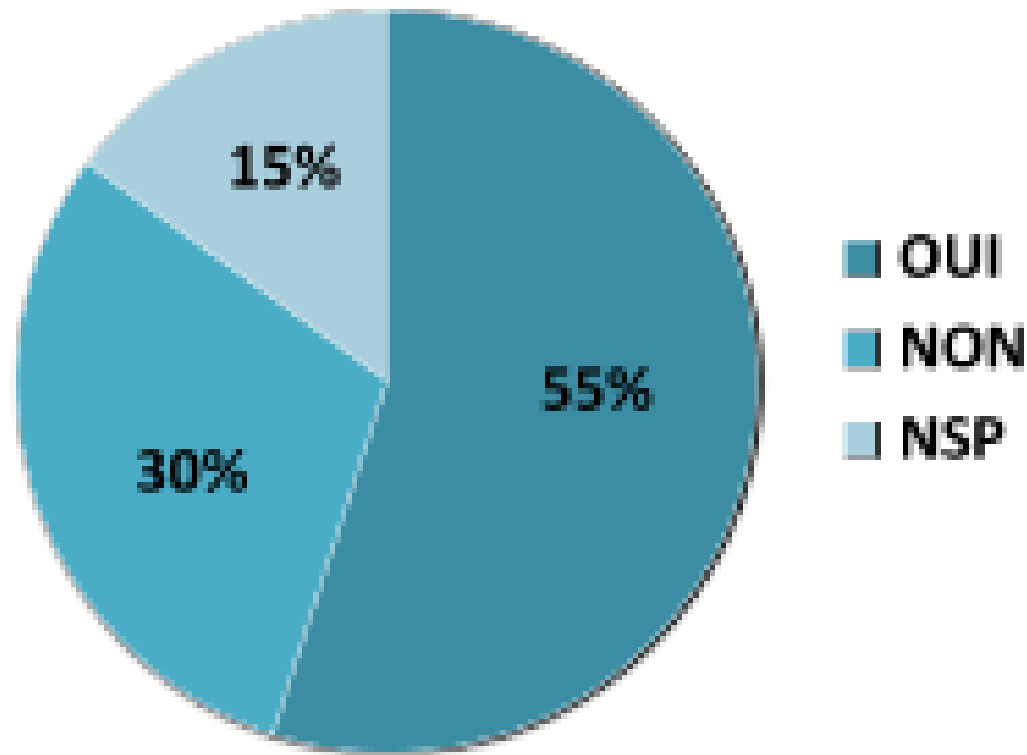


Figure 1 : % PVVIH ayant consulté un médecin sexologue pour ce motif (total supérieur à 100% en raison de la pluralité possible des motifs de consultation)

Motifs	%
Dysfonction érectile	62
Troubles du désir	35
Ejaculation rapide	12
Information générale/Peur contaminer	12
Information spécifique IST (Infection Sexuellement Transmissible)	6
Conjugopathie	6
Désir d'enfant	6
Sexe à risque	4
Douleurs (dyspareunie/éjaculation douloureuse)/Motif somatique	4
Autres*	8

*notamment anorgasmie secondaire, anéjaculation primaire et secondaire, traumatisme sexuel dans l'enfance ou récent.

« Pensez-vous que vos difficultés sexuelles aient un lien direct avec votre infection par le VIH ou son traitement ? »



PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE

Une prise en charge médicamenteuse lors de la 1^{ère} consultation a été proposée à un peu plus

d' 1 patient sur 2

De manière classique, les traitements les plus prescrits sont des IPDE-5, la yohimbine, des inhibiteurs de recapture de la sérotonine de longue ou courte durée d'action, des injections intra-caverneuses. Il est à noter un recours plus fréquent à la prescription de yohimbine chez les PVVIH (par rapport à la population générale) compte-tenu de l'absence d'interactions médicamenteuses de celle-ci avec les antirétroviraux.

PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE

Un **switch** du traitement antirétroviral en raison d'effets secondaires sexuels avérés ou supposés a été préconisé chez **6 %** des patients.

PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE

1 patient sur 3

a nécessité plus d'une consultation.

92 % des patients ayant pris un deuxième rendez-vous se sont effectivement présentés à la deuxième consultation.

**L'APPROCHE SEXOLOGIQUE DES
PVVIH EST-ELLE LA MÊME QU'EN
POPULATION GÉNÉRALE ?**

3 CONSEILS POUR MENER UN ENTRETIEN SUR LA SANTÉ SEXUELLE...

Poser le cadre (Parler « santé sexuelle » et non sexualité, rappeler le secret médical)

Faire préciser la plainte : pour être sûr qu'on parle de la même chose ! (désir versus plaisir, ancienneté, mode d'installation de la dysfonction, état de la santé sexuelle AVANT la séroconversion pour le VIH)

Intégrer les dimensions organiques et psychologiques mais aussi sociales dans la discussion, pour une prise en charge globale du trouble ⁽¹⁾

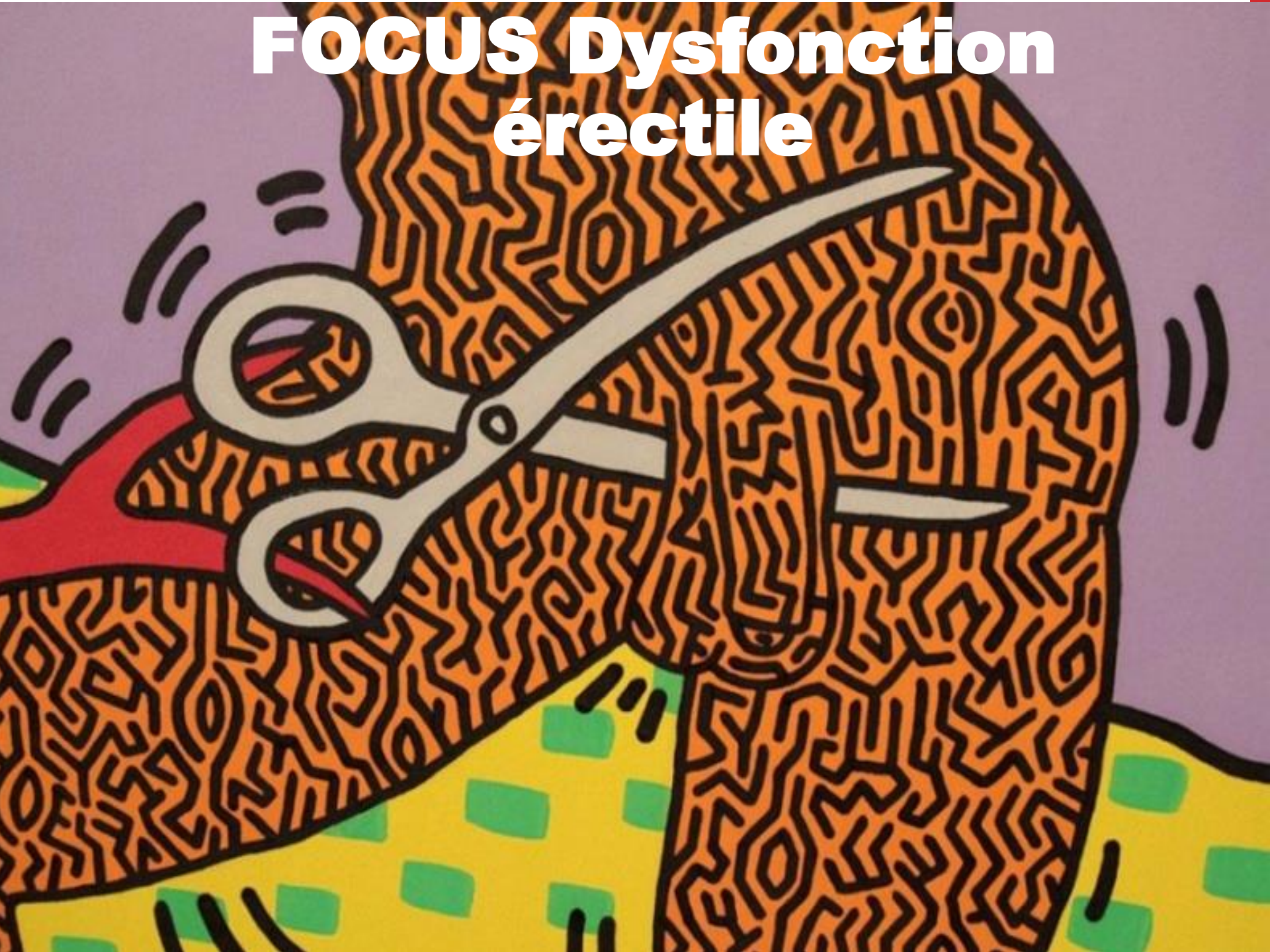
(1) Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. P. Morlat.

CHAMPS D'INTERVENTION

La prise en charge sexologique des PVVIH révèle des spécificités liées, par exemple :

- **aux représentations négatives attachées à la sexualité,**
- **à la non-acceptation de la séropositivité,**
- **à la peur de contaminer, d'être contaminé par une autre IST ou surcontaminé par le VIH,**
- **à la crainte des effets secondaires des traitements antirétroviraux sur la sexualité,**
- **à l'observance des anti-rétroviraux parfois entravée par un effet secondaire sexuel supposé,**
- **aux modalités d'annonce de la séropositivité aux partenaires sexuels,**
- **aux conseils d'hygiène de vie (tabac +++)**
- **aux restrictions de prescription (interactions médicamenteuses).**

FOCUS Dysfonction érectile



DYSFONCTION ÉRECTILE CHEZ LES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Auteurs : D. DADAZIAN⁽¹⁾, E. BOUTET^(1,2), S. MATHÉRON⁽¹⁾, S. LARIVEN⁽¹⁾, G. JESTIN⁽¹⁾, Z. BETRO-BENHADDAD⁽¹⁾, A. VILLEMANT-LULLIAG⁽¹⁾, V. TIRARD-FLEURY⁽¹⁾, B. PHUNG⁽¹⁾, C. RIGOU⁽¹⁾, P. YEN⁽¹⁾, Y. YAZDANPANAH⁽¹⁾

CONTACT : patriciapapayan2014@gmail.com

L'incidence élevée de la dysfonction érectile chez les hommes vivant avec le VIH est décrite dans la littérature : plus d'1 homme sur 2 serait concerné au cours de sa vie sexuelle. ^(1,2,3) Moins connues sont les caractéristiques de cette dysfonction érectile : à quel moment de la vie avec le VIH survient-elle, comment se manifeste-t-elle, quelles sont les relations réelles ou supposées avec le VIH/le traitement antirétroviral, quelles sont ses conséquences et quelle prise en charge spécifique impose-t-elle ?

La consultation de Sexologie dédiée aux patients vivant avec le VIH et/ou une hépatite de l'hôpital Michel-Claude Bernard a permis de recueillir et d'analyser les caractéristiques cliniques d'une dysfonction érectile chez 105 hommes âgés de 20 à 60 ans.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

- **Age moyen : 48 ans**
- **Délai moyen entre la consultation de sexologie et la date de découverte de la séropositivité : 11 ans** (de 3 mois à 27 ans)
- **Orientation sexuelle : 60 % Hétérosexuelle exclusive, 40 % Homosexuelle/Bisexuelle**

RÉSULTATS

Plusieurs types de dysfonction érectile sont identifiables dans le récit des patients :

- 1. DYSFONCTION ÉRECTILE INAUGURALE** (dans la première année suivant la découverte de la séropositivité) : 19 % des patients consultent pour dysfonction érectile. Chez ces patients, la crainte de contaminer les partenaires contribue à la perte d'érection. Des informations claires sur le risque ou l'absence de risque doivent être données.
- 2. DYSFONCTION ÉRECTILE MÉDICAMENTEUSE** (par traitement antirétroviral), liée à l'introduction d'un nouveau traitement antirétroviral : 10% des patients consultent pour dysfonction érectile. Chez ces patients, l'observance du traitement antirétroviral est parfois médiocre en raison de ce lien supposé avec la dysfonction érectile. Une discussion avec le médecin VIH peut être nécessaire afin d'envisager un switch médicamenteux.
- 3. DYSFONCTION ÉRECTILE RELATIONNELLE**, au début d'une relation avec un (une) nouveau(x) partenaire : 12 % des patients consultent pour une dysfonction érectile. Les modalités d'annonce de la séropositivité aux partenaires doivent être particulièrement discutées avec ces patients.
- 4. DYSFONCTION ÉRECTILE CIRCONSTANCIELLE**, lors de la mise en place du préservatif : 55 % des patients consultent pour une dysfonction érectile. Un traitement médicamenteux de courte durée peut permettre à ces patients de reprendre confiance, et éviter l'abandon du préservatif.

Pensez-vous que votre dysfonction érectile ait un lien direct avec votre infection par le VIH ou son traitement ?

Le lien avec le VIH/son traitement est supposé par le patient dans 60 % des cas.



La prise en charge impose certaines spécificités liées à la séropositivité : exploration cardiovasculaire plus poussée, origine antirétrovirale à envisager et, évidemment, impact de la vie avec le VIH sur la sexualité. La prescription d'un médicament favorisant l'érection est également orientée par la vie avec le VIH : prise en compte des interactions médicamenteuses, recours plus fréquent à un traitement par yohimbine, voie locale ou injection intra-caverneuse.

A l'inverse, des facteurs indépendants de l'infection par le VIH sont à prendre en compte pour évaluer la santé sexuelle de ces hommes : âge, état de santé général et comorbidités, représentations et croyances en matière de sexualité, niveau social.

CONCLUSION

Les hommes vivant avec le VIH présentent un risque élevé de souffrir de dysfonction érectile au cours de leur vie sexuelle. Une évaluation et une prise en charge, si besoin, de la santé sexuelle doivent donc être intégrées au parcours de soin de ces hommes.

Lorsqu'une dysfonction érectile est rapportée par le patient, certaines caractéristiques liées au VIH doivent être recherchées. Ces aspects permettent d'individualiser des sous-types de dysfonction érectile et des modalités d'abord et de traitement qui complètent l'interrogatoire et le bilan classiques. Ainsi, l'approche sexologique peut être affinée pour mieux prendre en compte ces spécificités et tenir compte du vécu lié à la séropositivité.

(1) Xiao L, Newman DR, KAMR, Bellizzi DC, Riggs CD, Riggs EC. Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay and identifying HIV-related general practices in Australia. J Sex Med 2010; 8: 1375-86.

(2) Brown-Petru D, Smith C, Bana-Castel C et al. Risk factors for sexual and erectile dysfunction in HIV-infected men: results of a cross-sectional study. AIDS 2010; 24: 285-94.

(3) Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. P. 102-103.

Orientation sexuelle : 60 % Hétérosexuelle exclusive, 40 % Homosexuelle/Bisexuelle

RÉSULTATS

Plusieurs types de dysfonction érectile sont identifiables dans le récit des patients :

1. DYSFONCTION ÉRECTILE INAUGURALE (dans la première année suivant la découverte de la séropositivité) : **10 %** des patients consultant pour dysfonction érectile. Chez ces patients, la crainte de contaminer les partenaires contribue à la perte d'érection. Des informations claires sur le risque ou l'absence de risque doivent être données.

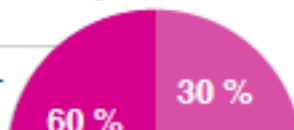
2. DYSFONCTION ÉRECTILE MÉDICAMENTEUSE (pas forcément iatrogène), liée à l'introduction d'un nouveau traitement antirétroviral : **10 %** des patients consultant pour dysfonction érectile. Chez ces patients, l'observance du traitement antirétroviral est parfois médiocre en raison de ce lien supposé avec la dysfonction érectile. Une discussion avec le médecin VIH peut être nécessaire afin d'envisager un switch médicamenteux.

3. DYSFONCTION ÉRECTILE RELATIONNELLE, au début d'une relation avec un (une) nouveau(elle) partenaire : **12 %** des patients consultant pour une dysfonction érectile. Les modalités d'annonce de la séropositivité aux partenaires doivent être particulièrement discutées avec ces patients.

4. DYSFONCTION ÉRECTILE CIRCONSTANCIELLE, lors de la mise en place du préservatif : **55 %** des patients consultant pour une dysfonction érectile. Un traitement médicamenteux de courte durée peut permettre à ces patients de reprendre confiance, et éviter l'abandon du préservatif.

Pensez-vous que votre dysfonction érectile ait un lien direct avec votre infection par le VIH ou son traitement ?

Le lien avec le VIH/son traitement est supposé par le patient dans **60 %** des cas.



30 % des patients affirment qu'il n'existe pas de lien.

VIH

La prise en charge sexologique des PVVIH révèle des spécificités liées, par exemple :

- aux représentations négatives attachées à la sexualité,**
- à la non-acceptation de la séropositivité,**
- à la peur de contaminer, d'être contaminé par une autre IST ou surcontaminé par le VIH,**
- à la crainte des effets secondaires des traitements antirétroviraux sur la sexualité,**
- à l'observance des anti-rétroviraux parfois entravée par un effet secondaire sexuel supposé,**
- aux modalités d'annonce de la séropositivité aux partenaires sexuels,**
- aux restrictions de prescription (interactions médicamenteuses).**

VIE

En revanche, la santé sexuelle dépend, de manière classique :

- de l'âge,**
- de l'état de santé général, notamment cardiovasculaire,**
- du niveau social**
- des représentations et croyances de la personne en matière de sexualité.**



VIH

VIE

D
C

Au total, le médecin sexologue doit trouver, chez chaque patient, le « **point d'équilibre** » entre les déterminants liés au VIH et ceux qui en sont indépendants pour garantir une amélioration efficace et durable de la santé sexuelle.

**DES EXEMPLES TIRÉS DE LA
VRAIE VIE ?**

1^{ER} EXEMPLE

Alexandre, 25 ans

VIH découvert il y a un an.

HSH, multipartenaires, ne se protège pas (quasiment jamais),
IST à répétition, me consulte un peu « par jeu » :

Je n'ai jamais vu de sexologue, c'est rigolo, je dois me déshabiller ? Etc...

1^{ER} EXEMPLE (SUITE)

8^{ème} consultation la semaine dernière.

-Confiance

-Alterne des phases d'utilisation des préservatifs « Je deviens presque obsessionnel de la prévention et des tests syphilis et compagnie » et de rapports non-protégés avec partenaires séropositifs

-A amené son copain il y a 1 an pour explication sur risque de transmission (TASP)

-Prescription ponctuelle d'IPDE5 car avait problème d'érection à la pose du préservatif

-Discussions sur le couple / l'amour / la difficulté d'être gay à Paris...

2ÈME EXEMPLE

Femme 34 ans, originaire du Tchad.

Consulte car « n'a pas eu d'homme dans sa vie depuis 4 ans, je ne sais pas si c'est normal »

VIH depuis 10 ans.

Charge virale indétectable sous traitement.

R.A.S. sur le plan médical.

DIMINUTION DU DÉSIR

- **Liée à son histoire médicale
(relations sexuelles = danger)**

- **Liée à son environnement social
(situation précaire, «c'est un luxe que je ne
peux pas me permettre »)**

- **Liée à sa vie de femme
(« les hommes sont tous les mêmes : coucher
le premier soir pour mieux partir le deuxième »)**

QUE PEUT-ON FAIRE ?

- **DONNER DES INFORMATIONS :**
indétectable = non-transmissible.
- **TRAVAILLER** sur le syndrome post-traumatique de l'annonce de la séropositivité
- **PROPOSER** des pistes pour retrouver du désir, donc du plaisir dans la vie
- **TENDRE DES PERCHES** sur les violences sexuelles subies (sexualité imposée, mutilation génitale)
- **RÉFLÉCHIR** avec elle sur son parcours de femme : finalement, que désire-t-elle vraiment ? A-t-elle besoin de quelqu'un dans sa vie ?

2ÈME CONSULTATION

- **La discussion aborde rapidement les thèmes de l'excision, qu'elle a subie enfant, de la maternité, qu'elle aimerait connaître, du désir sexuel, qui est enfoui mais présent chez elle, du plaisir, qu'elle a peu connu.**

EXCISION

- **Souvent évoquée à la 2^{ème} ou 3^{ème} consultations chez les femmes ayant subi cette pratique.**
- **Mise en relation directe de 2 traumatismes sexuels : comprendre que l'on a été excisée, apprendre sa séroposivité. RÉACTIVATION d'une blessure initiale.**
- **Volonté de comprendre : ce qui a été fait, ce qui est aujourd'hui présent, ce qui peut être fait dans l'avenir.**

EXCISION

Brochure mise à disposition
dans le service :
aide à libérer la parole.



EXCISION

•Travail avec l'hôpital DELAFONTAINE (Saint-Denis) unité de soins des femmes excisées

- Vont généralement à la 1^{ère} consultation
- Ne vont généralement pas jusqu'à l'intervention chirurgicale dans mon expérience
- Veulent avant tout comprendre l'anatomie, et la physiologie du plaisir féminin.

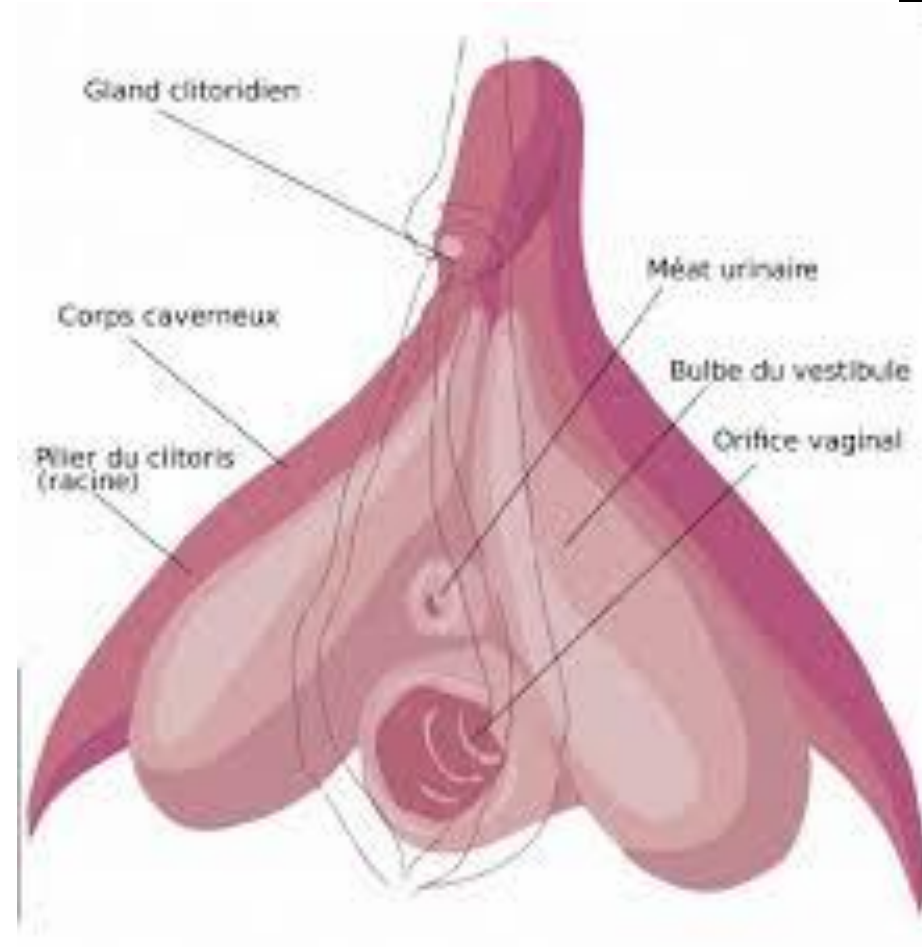
(consultation mutilations sexuelles féminines

Hôpital Bichat :

Prendre RDV au 01 40 25 78 84)

EXCISION

- Exemple d'explications données
(représentation du clitoris)



MATERNITÉ

- **Possibilité de procréer « naturellement » (rapports sans préservatifs) si charge virale indétectable : une immense avancée pour ces femmes (et leurs compagnons).**

- **Réassurance sur la non-contamination de l'enfant.**

DÉSIR

- **Diminution du désir sexuel chez les femmes : un grand « classique » en sexologie**
- **Chez les femmes migrantes : une franchise dans la manière d'en parler, et une approche psychologique ET physique du trouble (« je ne lubrifie plus » par exemple)**
- **Une intervention sur le désir d'être bien, tout simplement, souvent assez efficace.**

5ÈME CONSULTATION AVEC CETTE PATIENTE

- **A rencontré un homme... dit avoir « un peu de désir », surtout rassurée par le fait qu'il la désire...**
- **A compris les conséquences de l'excision dans son cas grâce à une consultation spécialisée, ne ressent pas le besoin d'aller plus loin « pour le moment »**
- **Veut avoir un enfant... Et « fait tout pour, Docteur, croyez-moi ! »**

3ÈME EXEMPLE

Homme 55 ans, originaire du Sénégal

DNID mal équilibré

Obésité (BMI 32)

Tabac 40 PA

Alcool « occasionnel » (mouais)

HyperChol HyperTG

Marié, bisexuel.

A « loupé » les 2 premiers RDV. Arrive très en retard au 3^{ème}.

Dysfonction érectile évoluant depuis 10 ans... « auto-médiquée » par IPDE5 achetés sur le net, image de soi déplorable, troubles du désir (« Docteur, je manque de testostérone, c'est sûr »)

3ÈME EXEMPLE

- > Longue discussion sur sa sexualité, à sa demande
- > Ce qui est risqué, ce qui ne l'est pas en termes d'IST
- > Bilan IST : RAS
- > Education thérapeutique sur observance traitement ARV
- > Education sur FDR Cardio-vasculaire, DE « symptôme sentinelle » etc...
- > Trouble du désir « sélectif » (avec sa femme)
- > Image de soi : ancien athlète de haut niveau, quand il retourne au bled « on ne me reconnaît pas »
- > Bilan testo libre : à peu près normal
- > Prise en charge DE par EDEX (IIC)
- > Suivi +++

3ÈME EXEMPLE

-> Au cours du suivi, éclate en sanglots en me racontant des abus sexuels subis pendant plusieurs années (oncle...).

-> Lien thérapeutique fort avec ce patient, nous poursuivons le travail ensemble.

4ÈME EXEMPLE

Patiente trans de 32 ans, M to F, me consulte pour éjaculation précoce.

En couple avec le même homme depuis 2 ans, prostitution au bois en parallèle.

Je commence par lui expliquer les « exercices » qu'elle peut réaliser (masturbation).

...

4ÈME EXEMPLE

Très choquée, hausse le ton, me dit qu'elle ne fait pas ce genre d'horreurs etc...

Veut un médicament, un point c'est tout.

Elle ressort avec une prescription de PRILIGY[®], je ressors avec beaucoup de frustration...



MERCI !