



**sexualité
et séropositivité**

Dr Corman, une longueur d'avance

Le Dr Corman est sexologue à Toulouse, très en avance dans le domaine de la sexualité des personnes atteintes, il a accepté de répondre à nos questions.

► quel est votre statut, quelle est votre formation ?

Je suis médecin sexologue, co-directeur du diplôme de sexologie à la faculté de médecine à Toulouse, président du centre de recherche en urologie et sexologie, et je travaille beaucoup sur la pathologie sexuelle en général, et celle de l'homme en particulier, notamment les troubles de l'érection.

► y a-t-il une différence entre une consultation médicale classique et une consultation purement sexologique ?

La sexualité est au carrefour du corps, de l'âme et de la vie, donc, dans une consultation de sexologie, il y a un apport médical dans le sens où il faut éliminer tout ce qui peut altérer la sexualité sur le plan du corps, c'est de la médecine, mais il y a aussi tout ce qui est de l'ordre de la relation, de la vie, et pour cela, il est nécessaire d'avoir une approche plus globale.

► comment devient-on sexologue ? Est-ce une spécialité reconnue ?

Jusqu'à cette année, il existait des formations en sexologie, d'obédience universitaire ou associative, mais aucune ne donnait un titre reconnu par l'Ordre des Médecins. Donc le titre de sexologue n'était pas protégé, ce qui laissait la possibilité d'exercer à n'importe qui. Les problèmes liés au sida, même si c'est dramatique, ont contribué à faire prendre conscience qu'il y avait nécessité d'une formation en matière de sexualité sur le plan médical. Donc à partir de cette année, devant les problèmes de santé sexuelle que j'évoquais tout à l'heure, l'Ordre a reconnu non pas une spécialité, mais une compétence de sexologie, qui, sous réserve d'un diplôme universitaire reconnu, permet de figurer dans l'annuaire en tant que médecin, orientation sexologie. Le patient a alors vraiment la certitude que ces professionnels ont eu une formation et ont un code d'éthique, comme tout autre médecin, entre autres le secret professionnel.

► existe-t-il des différences de qualité de l'érection entre rapport anal et vaginal ?

La pénétration anale nécessite une érection très rigide et donc de très bonne qualité, ce qui fait qu'un petit trouble de la rigidité érectile va être beaucoup plus perceptible lors d'une introduction anale que lors d'une introduction vaginale. Un trouble de l'érection sera donc d'autant plus préjudiciable dans un rapport de pénétration anale ; on le constate d'ailleurs assez bien chez les hétérosexuels qui pratiquent les deux formes de pénétration.

► y a-t-il d'autres troubles sexuels que celui déjà cité ?

Il y a tous les autres problèmes de la sexualité : des problèmes relationnels, de couple, de trouble du désir, d'anhédonie dépressive, d'absence de libido, qui sont des problèmes beaucoup complexes, plus généraux. La prise en charge de ces maladies nécessite une approche pluridisciplinaire, car elle doit impliquer une éducation à la vie. On sait très bien que par rapport à tous ces traitements, il y a les problèmes de nutrition, de sport, d'hygiène physique, etc. Autour de la maladie, il y a certes les médicaments, les lymphocytes, mais il y a aussi la vie, une éducation à la vie, et la présence de bras tendus et de gens susceptibles d'aider.

► comment s'exprime une plainte en sexologie de la part des patients, et plus particulièrement des patients séropositifs ?

Les patients séropositifs, pendant l'ère où le sida était exclusivement synonyme de mort, n'osaient pas exprimer de plainte, donc en tant que sexologue, je ne voyais pas beaucoup de patients séropositifs. Je les voyais par ailleurs dans un suivi médical, mais très peu sur un plan sexologique. Je pense que l'instinct de conservation est le premier des instincts de l'espèce humaine, et qu'à partir du moment où cet instinct est en balance, quand quelqu'un est face à l'idée de sa mort, l'idée du plaisir et de la sexualité devient secondaire. Par contre, à partir du moment où la vie reprend le dessus, c'est-à-dire quand la maladie est prise en charge, l'individu se recompose et recommence à construire et à vivre, alors la plainte sexuelle réapparaît, parce que

la sexualité fait partie de la vie. Chez les patients séropositifs, cette plainte s'exprime par une demande d'aide liée à l'envie personnelle, intime, une aide à reformuler cette notion de plaisir, et souvent, c'est par l'expression de problèmes d'érection.

► dans ces différentes plaintes, quelle est la fréquence des problèmes organiques chez les patients séropositifs ?

C'est très compliqué, parce qu'on n'a pas beaucoup d'études objectives. Compte tenu du coût des médicaments et des prises en charge qui sont déjà très élevées, à partir du moment où une majorité de la planète ne peut pas être soignée, on imagine qu'on n'a pas mis beaucoup d'argent pour voir quels pouvaient être les problèmes sexuels causés par telle ou telle prise en charge de la maladie. Quand on est jeune et, ou quand on a une maladie, il y a obligatoirement un retentissement psychologique de cette maladie et de tout ce qu'il y a autour. Arriver, pour un médecin comme moi, avec peu de travaux scientifiques sur lesquels m'appuyer, si ce n'est mon bon sens et la constatation de différents faits qui se reproduisent, à des conclusions selon lesquelles tel ou tel problème est purement organique ou purement psychologique est très difficile. Ce que je crois, c'est qu'il y a une grande multifactorialité et que les traitements comme la maladie elle-même peuvent entraîner des problèmes de sexualité, et, de même, je crois qu'il peut y avoir des répercussions psychologiques du fait d'être malade et de la contrainte que représente cette maladie. Il y a aussi beaucoup de problèmes organiques, mais qui ne sont pas suffisamment étudiés et diagnostiqués pour pouvoir être énoncés.

► y a-t-il des molécules ARV régulièrement incriminées ?

Comme je l'ai dit tout à l'heure, tout cela vient de mon empirisme, car je ne peux pas m'appuyer sur des travaux. J'ai constaté chez quelques patients, ça reste des chiffres assez faibles, d'abord parce que je n'ai pas un volume de patients suffisant pour avoir un chiffre élevé, et parce que tous les patients ne consultent pas pour des problèmes sexuels, même quand ils en ont. J'ai remarqué des troubles de l'érection liés à la prise du Sustiva. Je ne suis pas en mesure de dire que le Sustiva est totalement responsable de ces problèmes, en tout cas, les faits sont les suivants : ce sont des patients, et je pense notamment à trois ou quatre d'entre eux, qui ont eu des troubles de l'érection qui sont venus de façon contemporaine à la prise de Sustiva, avec une altération des érections nocturnes et des érections matinales assez importante, et qui lorsqu'ils oublièrent de prendre le médicament ou lorsqu'ils ne le prenaient pas a fortiori, n'avaient pas ce type de problème. Donc, pour moi, c'est un axe de

recherche important, on va essayer, en collaboration avec les médecins qui suivent ces patients sur le plan de la maladie VIH, on va essayer avec de nouvelles molécules de suspendre la prise de Sustiva. Si à ce moment-là on s'aperçoit que les troubles de l'érection disparaissent, on pourra incriminer les molécules et faire des travaux plus précis sur le sujet. En tout cas il serait intéressant que les gens qui sont sous Sustiva puissent s'exprimer et dire s'ils ont déjà rencontré ce genre de problèmes.

► est-ce lié avec le fait que le Sustiva est incriminé dans les troubles du système nerveux central ?

Tout à fait. Toujours de manière empirique, j'ai procédé de la manière suivante : je me suis demandé si le Sustiva pouvait avoir une action sur le plan hormonal, donc j'ai fait des analyses pour la prolactine et la testostérone, etc, et là rien ne se passe, et ce n'est donc pas par ce biais là que le problème peut survenir. Donc, compte tenu des problèmes de sommeil et de concentration, des problèmes sur le système nerveux central, exactement comme ça avait été le cas pour les premiers bêta-bloquants à action centrale, qui avaient un effet délétère sur l'érection, on pourrait penser que c'est par ce biais là que le Sustiva pourrait avoir un effet sur l'érection. Puisqu'on sait aujourd'hui que pour que l'érection qui nous intéresse, c'est-à-dire celle que l'on peut utiliser au moment de l'acte sexuel, soit de bonne qualité, il faut que l'érection nocturne soit aussi de bonne qualité. Or si le sommeil est modifié par une drogue ou un médicament, à ce moment-là on peut avoir des troubles de l'érection dans la journée. À mon avis, l'axe de recherche serait peut-être là. Mais a priori, après l'arrêt du Sustiva il y a une réversibilité totale du trouble.

► Avez-vous fait le même constat pour d'autres ?

Tout à fait, encore une fois, le domaine n'a pas encore été étudié, et la santé sexuelle est quelque chose d'extrêmement récent. Même si dans la pratique il y a plus de 20 ans que l'OMS a reconnu le concept de santé sexuelle, il y a en fait très peu de temps que l'ensemble des partenaires susceptibles de déclencher des études (pouvoirs publics, laboratoires, industrie pharmaceutique) s'intéressent à la sexualité. On n'a donc pas de recul, pas d'étude fiable. Ce qu'on sait, c'est que beaucoup de médicaments donnent des troubles sexuels. Et en tout cas, quand par exemple un patient a un trouble de l'érection, et qu'on ne trouve dans l'enquête biologique aucune autre cause éventuelle, aucun facteur favorisant cette "dysérection", il m'est arrivé de substituer ou d'arrêter des médicaments quand ils n'étaient pas indispensables, et à ce moment-là on voyait les troubles disparaître. On peut dans ce cas se demander si le médicament n'est pas incriminable. Au-delà de cet aspect, je crois que les molécules interviennent surtout comme facteur favorisant,

même si elles ne sont pas systématiquement en elles-mêmes susceptibles de déclencher des troubles. En tout cas, il y a souvent des troubles chez les malades atteints d'une maladie sévère, entre autres la séropositivité, avec les répercussions psychologiques que ça peut avoir. Le médicament peut agir comme un facteur favorisant, ça peut aggraver ou déclencher un trouble et le pérenniser, alors que, sans médicament, ce trouble ne se serait pas manifesté. Ce qui est sûr, c'est que tout ce qui va créer un mal-être, qui est mal toléré ou qui a beaucoup d'effets secondaires aura une répercussion sur la sexualité. Je n'ai pas constaté de trouble chez mes patients, avec d'autres molécules ARV. Avec les autres types de molécules, comme les antidépresseurs, certains neuroleptiques, des anti-hypertenseurs, tous les médicaments qui sont susceptibles d'augmenter la prolactinémie, on peut retrouver des problèmes dans le déclenchement des troubles sexuels.

► parmi vos autres patients, y en a-t-il qui ont un profil comparable à celui des séropositifs ?

Le tabou qui régit la vie sexuelle des gens à partir de l'âge mûr s'est un petit peu levé. C'est vrai qu'aujourd'hui, dans des maladies graves, des cancers, des scléroses en plaques, des diabètes, on commence à avoir des plaintes, et a fortiori chez les séropositifs, car c'étaient des gens qui avaient une vie sexuelle très importante, parce qu'ils ont un âge où la pulsion sexuelle est encore forte, donc envisager de vivre sans sexualité est assez difficile. C'est une population que nous, sexologues, arrivons de mieux en mieux à accompagner et à faire de ces questions de sexualité un élément important des traitements. Quand on voit que dans les notices de la plupart des médicaments, dans les effets secondaires, les effets sexuels ne sont jamais mentionnés, ça montre qu'il y a encore des progrès à faire là-dessus, et c'est vrai que de ce point de vue-là, cette population est extrêmement intéressante à prendre en charge, à condition que les patients eux-mêmes en fassent la démarche. Je comprends fort bien que lorsque déjà on est obligé de voir des tas de médecins, pour soigner sa maladie, de prendre des tonnes de médicaments, on n'ait pas forcément envie de rajouter des médecins supplémentaires et des prises en de médicaments.

► avez-vous des idées pour pallier à ce manque de données ?

Globalement, la population que je vois est une population de gens traités. Je vois très peu de séropositifs qui ne sont pas sous traitement. Ce que je crois, c'est qu'il y a un travail à faire, notamment au niveau interne, c'est-à-dire dans des supports médiatiques, mais aussi dans la reconnaissance en général de cette notion de santé sexuelle. Je crois qu'à partir du moment où quelqu'un est atteint dans

son intégrité, dans sa vie, il faut le soigner sur tous les plans, et entre autres sur le plan de sa santé sexuelle. Je pense que quand la vie reprend le dessus totalement, on peut retrouver une forme de joie, la sexualité est une forme de joie, mais si on n'en est pas capable, si on est dans une espèce d'obligation, ça peut devenir difficile. En retrouvant du plaisir, de la fête, en s'y redonnant droit, parce qu'à un moment donné, on a profondément culpabilisé, et quand on sait que c'est par la sexualité que la maladie a été transmise, on peut imaginer les répercussions que ça peut avoir.

► qui vous adresse vos patients séropositifs ? Leur médecin généraliste, leur médecin VIH ?

Malheureusement, trop souvent par leur médecin VIH. C'est une médecine de réseau, en quelque sorte. À partir du moment où des rencontres se sont faites, où on sait qu'un médecin a telle ou telle facilité, qu'il est susceptible de s'impliquer un peu dans une prise en charge globale, il est plus facile de travailler avec lui. Maintenant, autour de la sexualité, il y a toujours la honte, la peur, le gros tabou. Les médecins m'envoient des patients lorsqu'ils m'ont connu à travers quelque chose, ou lorsque j'ai fait une conférence pour eux, donc c'est toujours des médecins qui me connaissent.

► pensez-vous qu'il y ait une résistance du corps médical à l'écoute des problèmes sexuels ?

Absolument, le mot n'est pas trop fort, on s'en est vraiment aperçu avec le Viagra : il y a une extrême réticence du corps médical à envisager de prendre en charge les problèmes de sexualité. D'abord parce qu'ils ne sont pas formés, car il faut savoir que les études médicales n'abordent pas les problèmes de sexualité. Ensuite, parce que c'est très difficile, très angoissant pour le médecin de prendre ces problèmes en charge, et même d'en avoir une simple écoute. Je crois que c'est difficile pour les patients. S'ils ne sentent pas quelqu'un qui a une certaine compétence, une certaine fluidité pour écouter ces problèmes là, ils ne s'expriment pas.

► quelles sorte d'analyses faites vous passer à vos patients, pour déterminer si un problème sexuel est d'ordre organique ou psychologique ?

Actuellement, on connaît de mieux en mieux la sexualité, on s'intéresse aussi à la sexualité féminine sur le plan du corps. Il y a un examen clinique comme dans toute pathologie médicale. Au passage, j'examine beaucoup d'hommes, et je m'aper-

çois que beaucoup d'hommes n'ont jamais été examinés par un médecin, ce qui m'a permis de découvrir des cancers des testicules, des MST, etc., on peut sauver la vie à travers un problème sexuel. Je les examine, pour voir s'il y a des problèmes, si la verge est de conformité normale ; s'il n'y a pas de problème de rigidité, de fibrose des corps caverneux, s'il n'y a pas de problème au niveau des testicules. Ensuite, il y a des examens d'ordre biologique, notamment hormonaux, puisque beaucoup d'hormones interviennent, et demain il y aura vraisemblablement des dosages au niveau de tout ce que nous amènent les neurosciences. De toute façon, le fait qu'aujourd'hui on puisse prétendre traiter des problèmes de sexualité sans formation scientifique va devenir de moins en moins acceptable.

Généralement, ces examens cliniques étaient pris en charge par les dermatologues, les endocrinologues, mais en sachant qu'autour de la sexualité, c'est tout l'humain qui est là. Il y a la psychologie, la manière de nous impliquer au monde, dans la séduction, à l'autre, par rapport à l'autre sexe, par rapport à sa propre identité. Ensuite, les mécanismes sexuels font intervenir la quasi totalité des systèmes de l'être humain, c'est à dire les hormones, les muscles, le cerveau, les molécules, les vaisseaux, le système nerveux. Au fond, imaginer qu'un seul individu puisse prendre en charge l'ensemble des problèmes sexuels est une fantaisie. L'intérêt de voir se développer des spécialistes en pathologies sexuelles, qui seraient des fédérateurs et des centralisateurs de toute une multitude de données.

► **les problèmes que vous avez évoqués à propos du Sustiva peuvent-ils se manifester chez une femme, en s'exprimant sous une autre forme ?**

La grande difficulté, c'est qu'à force de dire que chez la femme, tout se passe dans la tête, on ne sait plus très bien ce qui se passe dans son corps. On est très en retard chez la femme, d'abord parce que nos connaissances en matière de physiologie sexuelle chez la femme sont très faibles. Autant on sait comment marche une érection masculine, autant on ne sait pas comment marchent les choses chez la femme. La preuve, c'est que les recherches actuelles qui sont faites sur le Viagra ou d'autres molécules chez les femmes, pour obtenir des améliorations sur leur vie sexuelle, se heurtent à l'absence de système d'évaluation pour l'instant. Ce qui sépare les sexualités masculine et féminine, c'est la visibilité de la sexualité masculine. Quand un homme a une érection, une éjaculation, ça se voit. Alors qu'on reste dans une invisibilité chez la femme. Quant à la douleur ressentie, c'est un phénomène extrêmement subjectif. De la douleur au plaisir, il n'y a que l'appréciation d'un individu. Certains ressentent l'orgasme comme une douleur.

► **le vagin reconnaît-il la matière qui le pénètre ? il est intéressant d'en parler dans le cadre de l'utilisation du préservatif, masculin ou féminin.**

Il est intéressant d'en parler dans le cadre de l'utilisation du préservatif, masculin ou féminin. Autant le préservatif a un effet réel sur la sensibilité masculine, on peut l'utiliser par exemple dans les traitements d'éjaculation précoce, car avec le préservatif, il y a une diminution de sensibilité très légère. Chez la femme, dire la même chose me paraît problématique, car le vagin n'est pas un organe extrêmement sensible. La sensibilité vaginale n'est pas développée, et c'est d'ailleurs pourquoi l'obtention d'un orgasme par le vagin pour les femmes est un travail, et on sait que la plupart des sensations voluptueuses ressenties par les femmes tiennent plus au massage des organes alentours, par la pénétration, que du vagin.

► **une dernière question pour finir, les soins sont-ils pris en charge par la sécurité sociale ?**

C'est un vrai problème. Le comité consultatif d'éthique saisi par Bernard Kouchner, ministre de la santé à l'époque, à propos du Viagra, a répondu que ces problèmes de santé sexuelle devaient être pris en charge, en tout cas que le principe de leur prise en charge n'était pas scandaleux. Mais il a émis des restrictions extrêmement fortes, c'est-à-dire uniquement lors de pathologies graves, donc, des blessés médullaires, ou des gens chez qui le handicap est clairement démontré. Chez les séropos, à partir du moment où ils ont une ALD, ça pourrait rentrer dans ce cadre là. En tout cas, la consultation de sexologie, parce qu'elle implique une démarche très globale, nécessite du temps et la nomenclature des actes médicaux de la CPAM ne prévoit pas. Il se trouve que beaucoup de sexologues, à partir du moment où ils pratiquent un acte médical et qu'il y a souffrance, vont faire jouer de leur statut de médecin, pour faire bénéficier leurs patients de remboursements, mais en aucun cas la consultation de sexologie n'est remboursée. Tout est aux frais du patient, et ça pose un problème en matière de suivi de séropositifs, puisque souvent ce sont des patients qui sont en situation de grandes difficultés financières.