

Sexualité et VIH

Dr F.Lallemand
Hôpital St Antoine-Paris

Introduction 1

- Forte prévalence de dysfonctionnements
- Davantage de données concernant les hommes homosexuels ou bisexuels
- Pauvreté des informations concernant les femmes
- Populations disparates en terme de genre, de pratiques, croyances

Introduction 2

- Difficultés pour conception d'études homogènes
- = résultats parfois contradictoires
- Depuis quelques années prise de conscience de ces difficultés chez patients et soignants
- Répercussions psychiques peu évaluées
- Retentissement sur observance, prévention, relations à l'autre.....

Historique 1

- Peu de travaux avant l'ère des trithérapies
- Les résultats concordent avec davantage de troubles : libido, érection, éjaculation au sein de la population VIH positive
- 20 à 60% des patients souffrent de dysfonctionnement
- Scores de qualité de vie moins bons

Historique 2

- Troubles plus marqués : stades cliniques plus avancés
- Causes invoquées : état général, immunodépression, baisse testostérone et difficultés psychologiques
- Meyer Bahlber HF et al. Sexual risk behavior, sexual functioning and HIV disease progression J Sex Res : 3-27, 1991
- Catalan J, et al. The psychological impact of HIV infection in men with haemophilia. J Psychosom Res, 36:409-16,1992
- Tindall B, et al. Sexual dysfunction in advanced HIV disease, Aids Care 1994, Vol6N°1:105-106

Historique 3

- Concernant la population féminine : encore moins de données.....
- Chez 54 femmes séropositives : 39% souffrent d'une perte de désir sexuel, risque multiplié par 5 si contamination par voie sexuelle
- Apparition des troubles dans les 2 à 4 mois après l'annonce de la séropositivité
- Et troubles plus fréquents VIH+/VIH-
- Goggin K, et al. The relationship of mood, endocrine, and sexual disorders in HIV+ women: an exploratory study. *Psychosomatic medicine* 1998,60(1):11-16
- Sexual functioning in HIV+ and HIV- injected drug-using women. *J Sex Marital Ther* 1993,19(1):15-68
- Brown GR, et al. A prospective study of psychiatric aspects of early HIV disease in women. *Gen Hosp Psychiatry*,1993;15:139-47

Les causes

- Très nombreuses
- Facteurs psychologiques , endocriniens, médicamenteux, atteintes neurologiques, responsabilité directe du virus, pathologies surajoutées, consommation de stupéfiants
- Alors que l'état général et l'immunité des personnes s'améliore, la prévalence des troubles reste élevée.....
- Les IP sont mises en cause.....

Historique 4

- 1999 / Lancet : 14 patients usagers de drogue avec dysfonctionnement sexuel 9.4 mois après le début du tt par IP
- Martinez ,et al. Sexual dysfunction with PI lancet 1999, 353:810-11
- Taux de cs pour dysfonction sexuelle plus élevé c/o les patients après le début du tt par IP
- Colson et al. Sexual dysfunction in PI recipients. 7th CROI Abstract 63
- Un autre travail suggère +/- libido en fonction du type d'IP
- Patroni A, et al. Sexual dysfunction in HAART treated HIV+ patients. XIIIth Int AIDS conference 2000 (WePeB4243)

Historique 5

- Schrooten W, et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing HAART? *Aids* 2001,15:1019-1023
- Etude Européenne ayant recruté le plus de patients:904 questionnaires (80% hommes, 55% homosexuels, âge moyen 39 ans, 78% cd4>200)
- Deux analyses multivariées différentes
- Dans un cas : IP associé à tr érection et libido surtout combinaisons rtv et idv, pas nfv
- Autres facteurs : homosexualité, symptomatique, atcd IP, âge
- Dans l'autre : résultats différents si IP codée comme variable continue ou non

Historique 6

- Sexual dysfunction in 156 HIV-infected men receiving HAART combinations with and without PIs. Lallemand F, et al. JAIDS 2002, nov1,31(3):322-6
- D'autres travaux montrent que les troubles sont plus importants chez les personnes traitées quel que soit la combinaison Questionnaire anonyme, cd4 451 en moyenne, hommes uniquement, âge moyen 36.8 ans
- Trois groupes de patients : atcd IP, IP, jamais IP
- 70% dysfonctionnements quelque soit le groupe. NS
- Idem pour érection, tr. Libido
- Scores IIEF et DSFI : pas de différence

Historique 7

- Collazos, et al. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with HAART. JAIDS 2002, Nov 1, 31(3):322-6
- Etude prospective c/o 189 patients (351 interrogatoires) + dosages hormonaux
- Age moyen 36.8ans CD4 moyens = 451 ivdu 75%
- Prévalence globale dysfonction : 19.5%
- Différence significative entre non traités et les autres groupes sauf NRTIs seuls
- En analyse multivariée : seule l'existence d'un tt est significative
- C hormonales normales et comparables entre patients avec et sans dysfonction sexuelle

Historique 8

- Cove J, et al. Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. *Int J STD AIDS*, 2004, Nov, 15(11):732-36
- Autoquestionnaire chez 78 HSH VIH+
- 38% tr. érection voire 51% dans le contexte de l'utilisation du P, Perte de désir sexuel 41%, éjac retardée 28%
- Impact sur util P 90% vs 28% si absence tr. Erection
- Désir de se perdre ds le sexe, laisser resp util P au partenaire actif, perception P = perte de plaisir signif associés avec tr.érection
- Davantage de rapports anaux réceptifs quand tr.érection (62% vs 38%)
- Causes psychologiques les plus citées, associées ou non au VIH lui même et au traitement

Les femmes 1

- 57 femmes séropositives, 67% nées en France
- 30 femmes témoins appariées sur l'âge
- CD4 et âge moyens : 517/mm³ et 38 ans
- 50% enfants et 70% vivent avec eux
- 32% vivent en couple
- 1/3 n'ont pas de partenaire sexuel régulier

Les femmes 2

- Sections du FSFI et DSFI : NS
- Dysf.sexuel : 19.3% avant VIH
- 35,1% après le VIH
- 51.8% après le début du traitement
- Diminution libido et perturbation orgasme (53.5% et 45%)
sévère ou très sévère
- Dyspareunie 37.5%
- Evènement responsable : 67% annonce séropositivité, 35%
modification corporelle
- 29% début ou modification de traitement

Les femmes 3

- Satisfaction de la relation sexuelle avec le partenaire
- Sensation d'être effrayée dans les grands espaces ouverts
- Avoir des pensées de mettre fin à sa vie
- Ressentir des nausées ou des maux d'estomac
- Ressentir des difficultés à trouver sa respiration
- Avoir des bouffées de chaleur ou des frissons
- Avoir des fourmis ou des picotements

Les femmes 4

- Se sentir faible dans certaines parties du corps
- Avoir des idées de mort ou de mourir
- Sensation d'être misérable au cours des 2 dernières semaines
- Sensation d'être contentée au cours des 2 dernières semaines
- Vision d'être trop maigre

Prise en charge 1

- 1. Aborder (fréquence ?) les thèmes de la sexualité dans le cadre du suivi médical régulier, en considérant que rien n'est jamais définitivement acquis (phénomènes dynamiques) :
- Quand ?
- premières prises de contact (à distance de l'annonce)
- initiation, suspension de traitement
- en cas de plainte(s) ou d'interrogation(s) exprimée(s)
- troubles de l'humeur ou de l'estime de soi
- lors de l'examen des organes génitaux externes
- initiation contraception,

Prise en charge 2

- - Comment ?
- Dissocier discours de « prévention » de celui de la sexualité
- Permettre l'émergence d'une plainte et/ou d'une demande d'aide
- Passer en revue différents domaines (environnement, évolution dans le temps, connaissance de la séropositivité par le(s) partenaire(s))
- Rechercher des dysfonctionnements évoquant une atteinte organique (doppler, emg, dosages hormonaux,...)
- Facteur déclenchant authentifié ?

Prise en charge 3

- 2. Orienter le patient lorsque des troubles de la fonction sexuelle sont diagnostiqués
 - - Les médecins traitants n'ont (le plus souvent) ni le temps, ni la formation, pour prendre en charge ces dysfonctionnements....
 - - Il faut donc, par l'écoute de l'intimité des patients, repérer les problèmes et évaluer l'intérêt d'une prise en charge plus spécifique :
 - - Sexologues : médecins ou non, titulaires d'un DU de sexologie : ils vont tenter d'articuler la prise en charge autour de la réparation au présent des troubles érotiques rencontrés
 - - Urologues ou gynécologues en cas de suspicion d'atteinte d'organe
 - - Psychothérapeutes : si des troubles psychologiques semblent liés au cadre de vie ou au passé de la personne

Prise en charge 4

- 3. Traiter chimiquement
- Hormonothérapie
 - Résultats des études contradictoires
 - Proportion de patients avec taux bas de testostérone très variables.....
 - Possibilité d'améliorer certains troubles par utilisation d'hormonothérapie de substitution
 - Intérêt de mesurer les taux en cas de symptômes évocateurs d'hypogonadisme
 - Limiter le traitement aux indications avérées....
 - Efficacité inconstante, Durée du traitement?
 - Effets secondaires existents : irritabilité, séborrhée, acné, chute de cheveux, maux de tête

Prise en charge 5

- Sildénafil et autres dérivés :
- Les médecins doivent (faire) prendre conscience qu'une assistance chimique à l'érection ne pourra avoir un effet durable sur la sexualité, sans un travail en parallèle, de l'ordre de la parole, autour des attentes affectives/érotiques liées à une prescription médicamenteuse
- Injections intracaverneuses
- Prothèses péniennes....

Controverse : Faut-il utiliser le viagra ou dérivés pour patients homosexuels souffrant de troubles de l'érection

Etudes discordantes : certaines retrouvent une augmentation des prises de risque, d'autres non

Attention à l'amalgame.....

Intérêt de l'élaboration autour de la sexualité, des attentes en terme de désir, et des prises de risque lors de la prescription

Conclusion 1

- Prévalence élevée
- Peu d'information concernant les femmes
- Retentissement sur qualité de vie, observance, conduites de prévention peu ou non évalué
- Nécessité de dépister, prendre en charge ces problèmes dans le cadre de la prise en charge globale des patient(e)s

Conclusion 2

- Capacité des médecins et des patient(e)s à aborder les difficultés sexuelles et la sexualité en général
- Intervenants adaptés, formés à l'écoute
- Mise en place d'espaces de prise en charge dans quelques sites hospitaliers
- La *qualité de vie sexuelle* = *qualité de vie*+++: Impact sur la relation à l'autre, la satisfaction personnelle, l'estime de soi.....

PREVENTION DES IST ET QUALITE DE VIE SEXUELLE

○ Deux sites impliqués :

**Service de Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital
Saint Antoine**

Service d'immunologie de l'hôpital Européen Georges Pompidou

- Un financement du Ministère de la Santé
- Un appui méthodologique **aux équipes dans le cadre d'un partenariat avec Comment Dire/Counseling Santé et Développement**

- Amina Ayouch Boda
- Francis Lallemand
- Catherine Tourette-Turgis
- Maryline Rébillon
Thierry Troussier

Exemples d'axes traités dans les entretiens

Mise en évidence du désir et des objectifs de la personne en termes de sexualité et de prévention

Exploration du sens donné à la santé, à la vie affective, à la sexualité (idéaux, croyances et normes sociales intériorisés)

Identification des modes de communication et des difficultés rencontrées dans les situations sexuelles

Buts :

- développer une relation d'alliance et d'empathie
- encourager la personne à explorer ses difficultés
- l'aider à renforcer sa motivation au changement
- accepter son ambivalence face au changement
- soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

Groupe parole et atelier préservatifs

Groupe de paroles

Participants décident du sujet

Elaboration commune

Identification, étayage

Auto-support

Ateliers préservatifs

- Féminin et masculin
- Familiarisation
- Erotisation
- Travail de la représentation

Ateliers négociation et estime de soi

Ateliers négociation et estime de soi

- Estime de soi et capacités de résilience
- Impact du manque d'estime de soi dans la relation avec les autres.
- Prise de conscience des auto-verbalisations positives et négatives et des conduites d'auto-sabotage.
- Apprentissage en groupe de compétences en négociation.
- Mises en situation au moyen du jeu de rôles

Les plaintes les plus fréquentes à l'origine de la consultation : pour les femmes

(d'après la classification de Basson R J. sex. Med. 2004)

- **Les troubles du désir sexuel (absent ou diminué)**
 - peur de transmettre le VIH
 - sentiments de haine / acte sexuel / rejet de l'homme sexuel
- **les troubles de l'excitation sexuelle : absence ou diminution**
 - subjective / haine / VIH
 - génitale / absence de lubrification/traitement, préservatif
 - mixte
- **les troubles de l'orgasme**
 - blocage par rapport au sida, rejet, punition, mort
- **les troubles sexuels douloureux**
- **l'aversion sexuelle**
 - anxiété extrême
 - dégoût : corps et sécrétions sales / VIH

Les plaintes les plus fréquentes à l'origine de la consultation : pour les hommes

(d'après la classification de P. Brenot AHIUS 2004)

- Troubles de l'excitation sexuelle = Dysfonction érectile secondaire :
 - DE circonstancielle/préservatif
 - DE sélective/partenaire/séroconcordant ou sérodifférent
 - DE permanente/annonce du VIH
- Trouble du désir sexuel : d'origine psychique, en fonction des représentations du VIH, du lien, de l'autre
- Trouble du plaisir et de l'orgasme : manifestation d'un grand état de tension /peur de transmettre / VIH / rejet
- éjaculation précoce ou retardée

Les conséquences de ces plaintes

- Des prises de risque dans les rapports sexuels du fait des troubles de l'érection et de la perte de l'illusion fusionnelle.
- Des rapports sexuels insatisfaisants liés au besoin continu de contrôle et de l'usage des préservatifs
- Des rapports sexuels avec des partenaires multiples pour éviter l'amour, l'attachement et la révélation de sa séropositivité
- Arrêt des rapports sexuels par peur de la transmission VIH
- Perte de la congruence sexuelle liée au VIH (inversion des fantasmes, des orientations et des pratiques sexuelles)
- Rupture ou dysfonctionnement de couples à liées au poids trop lourd du VIH
- **Extrait du diaporama « Les consultations sur la vie sexuelle et affective des PVVIH, étude pilote après 1 an en France »**
- *Dr. Thierry Troussier, Dr. Francis Lallemand, MD, Dr. Dominique Batisse, Maryline Rebillon, MA⁴, Catherine Tourette Turgis, PhD, MCU^{4,5}*