



RETENTISSEMENT SUR LA SEXUALITÉ DE L'INFECTION VIH

Cours du vendredi 7 février 2014 à 13:00 par Dr Jean-François PLASKOWSKI

SOMMAIRE

I) Les risques

- 1) Le rapport anal
- 2) Le rapport vaginal
- 3) La fellation
- 4) Le cunnilingus/anulingus
- 5) La masturbation
- 6) Les sextoys et objets sexuels
- 7) Les allergies
- 8) La circoncision
- 9) La méthode du retrait
- 10) La virginité
- 11) Que faire si le préservatif craque ou que l'on ne l'a pas mis lors d'un rapport sexuel ?
 - a) Après la prise de risque
 - b) Avant la prise de risque
- 12) Chez le séropositif traité

II) Les conséquences

- 1) La libido
- 2) L'érection
- 3) Orgasme et jouissance : sommes-nous égaux ?
- 4) Les causes des troubles sexuels

III) Conclusion

I) Les risques

1) Le rapport anal

Le rapport anal comporte des risques pour les deux partenaires s'il est effectué :

- sans préservatif ;
- avec préservatif lubrifié par silicone ou vaseline.

Et cela, aussi bien avec que sans éjaculation.

2) Le rapport vaginal

Le rapport vaginal comporte des risques pour les deux partenaires lorsqu'il est effectué :

- sans préservatif ;
- avec ou sans éjaculation ;
- en utilisant un gel à base d'eau.

3) La fellation

Plusieurs cas ont été décrits et l'on résonne selon deux secteurs de métier :

- **Les virologues** pensent que la fellation est un risque et qu'il faut se protéger avec des préservatifs, car les virus sont partout (muqueuses, sang, sperme, salive) ;
- **Les sociologues**, eux, pensent que selon les études qui ont été faites sur les couples sérodiscordants, il y aurait un risque mineur.

Dans cette étude sociologique, les couples sérodiscordants ont été étudiés de manière anonyme. On a pu apprendre quelles étaient leurs pratiques sexuelles, si elles étaient risquées ou non. Certains couples ont déclaré avoir des rapports toujours protégés avec préservatif, mais pratiquant la fellation avec ou sans éjaculation. Parmi eux, on a retrouvé un pourcentage faible de séroconversions sur des individus qui étaient négatifs au début de l'étude. Sur le plan sociologique, on ne peut donc pas dire qu'il n'y a pas de risque.

On observe donc que la fellation comporte des risques pour les deux partenaires si :

- il y a éjaculation dans la bouche ;
- il y a des lésions buccales ou du pénis (IST, herpès...), même s'il n'y a pas d'éjaculation.

À noter que les risques sont plus faibles pour le partenaire qui se fait faire la fellation que pour celui qui la fait.

Contrairement aux risques rencontrés lors de pénétration vaginale ou anale, la fellation comporte des risques modérés à faibles s'il n'y a pas de sperme, mais il est néanmoins primordial de dépister les IST et le HIV. Il convient également ici de rassurer le patient.

4) Le cunnilingus/anulingus

C'est une question fréquemment abordée en consultation.

Le risque est faible, voire extrêmement faible.

L'utilisation d'un préservatif découpé ou d'une digue dentaire (qui permet de protéger les gencives sainement) est conseillé. Certaines digues en plastique, appelées « Oral Safe », sont d'ailleurs très utilisées dans le monde lesbien, où les transmissions HIV sont plus fréquentes que dans le monde hétérosexuel (où l'on utilise très peu les digues).



Digue dentaire

5) La masturbation

Cette pratique comporte un risque très faible lorsqu'on la pratique seul. Par contre, lorsqu'elle est pratiquée à plusieurs, c'est moins simple.

Dans le monde du sexe, il y a des parties où l'on pratique la masturbation, que ce soit dans des rapports hétérosexuels ou homosexuels. Les clubs échangistes ont également ce genre de pratiques, qu'ils qualifient de « safe » (sécurisées), mais où l'on retrouve malgré tout des échanges d'IST (syphilis, gonocoque, etc.). Cela est dû au fait du manque d'hygiène des individus, qui ne se lavent pas les mains après avoir touché leur sexe ou celui des autres, et qui se transmettent donc des maladies hyper contagieuses.

La transmission du HIV est moins probable que la transmission d'autres IST (gonocoque et syphilis) dans le cas des pratiques masturbatoires.

6) Les sextoys et objets sexuels

Il convient d'être toujours protégé avec un préservatif lors d'utilisations de sextoys et de divers objets sexuels.

En effet, la transmission de l'hépatite C est possible en cas d'échange d'objets sexuels.

7) Les allergies

Il existe des allergies aux préservatifs en latex. Il est d'ailleurs possible de trouver des préservatifs sans latex dans le commerce pour éviter les réactions allergiques.

Les préservatifs Femidom et les digues Oral Safe sont en nitrile ou en polyuréthane, et ne provoquent généralement pas d'allergies (aucun cas connu).

Le Femidom est un préservatif féminin qui s'insère à l'intérieur du vagin (et qui nécessite un peu d'entraînement pour optimiser son utilisation). Beaucoup de femmes y adhèrent, notamment dans le domaine de la prostitution. Il est d'ailleurs tout aussi efficace que le préservatif masculin, mais il est moins utilisé en général car moins connu.

Les allergies aux lubrifiants sont possibles également mais restent des cas relativement exceptionnels.

8) La circoncision

La circoncision n'est pas une protection contre les risques de contamination.

Plus précisément, elle permettrait de diminuer le risque de contamination chez l'homme circoncis, mais elle ne diminue aucunement le risque de contamination chez la femme ayant un rapport avec un homme circoncis et séropositif.

Il a tout de même été démontré une diminution du risque dans le cadre d'un rapport vaginal.

Or, le problème des études est qu'elles ont essentiellement été faites dans des pays en voie d'émergence, où l'on pense que la circoncision est une bonne protection bon marché.

Il n'y a pas de circoncisions dites « préventives », elles ne sont pas fondées. La preuve : aux États-Unis, une grande majorité des hommes sont circoncis (homosexuels ou hétérosexuels), mais les taux de transmission HIV n'ont pas régressé, il y a toujours autant de contaminations.

=> La circoncision peut donc avoir une inflexion sur la courbe de contamination HIV, mais elle n'est pas la meilleure méthode de protection.

9) La méthode du retrait

La méthode du retrait n'est pas du tout efficace contre les contaminations HIV car :

- Il existe des micro-lésions et des frottements ;
- Il y a des sécrétions pré-séminales et vaginales.

10) La virginité

Il existe des personnes vierges et séropositives. Bien que cela soit rare, il y a quelques cas de contamination par le sang, notamment chez les femmes vierges et toxicomanes (qui ont parfois également l'hépatite C).

La virginité ne protège donc pas contre la contamination du virus. Lors des premiers rapports, on doit toujours être protégé.

=> Attention aux légendes urbaines : dans les milieux ethniques, les personnes pensent qu'il est préférable d'avoir des rapports avec une femme vierge parce que, justement, on croit qu'elles n'ont aucune maladie sexuellement transmissible. Or, ce n'est pas toujours le cas.

Par contre, chez deux personnes vierges séronégatives, il n'y a aucun risque. Mais il existe des phobies, notamment chez les jeunes couples qui ont leurs premiers rapports. Craignant les contaminations, ils demandent à faire un dépistage même en étant séronégatifs, car ils souhaitent avoir une réponse claire concernant leur partenaire. Il convient ici de les rassurer.

11) Que faire si le préservatif craque ou que l'on ne l'a pas mis lors d'un rapport sexuel ?

a) Après la prise de risque

Si le préservatif craque ou que l'on oublie de le mettre lors d'un rapport, on peut :

- Appeler SIDA Info Service au 0 800 840 800 ;
- Faire appel au service d'urgence le plus proche.

=> Attention, le traitement d'urgence doit être fait dans les 4 h à 48 h après le rapport sexuel. Certains couples attendent 3 - 4 jours, ont une montée d'angoisse parce qu'ils ont recherché des informations sur internet, téléphonent à de faux services et au final, viennent voir un spécialiste seulement 4 - 5 jours après le rapport. À ce moment-là, le traitement d'urgence n'est plus possible.

Le traitement d'urgence consiste en la prise d'une trithérapie durant un mois. Il réduit les risques de 80 % et ne doit donc en aucun cas être banalisé.

b) Avant la prise de risque

Dans certains milieux sexuels, les personnes ont tendance à se relâcher depuis quelques années, c'est pourquoi des traitements préventifs pour les personnes séronégatives existent. On en entend de plus en plus parler aujourd'hui.

Néanmoins, les études à ce sujet sont controversées car ce traitement est assez complexe à mettre en place.

De plus, sur le plan éthique, on garde un discours de prévention.

12) Chez le séropositif traité

Lorsque la charge virale est indétectable chez le séropositif traité, le risque est faible mais non nul. La prévention reste donc toujours de mise quand on est séropositif, car il demeure des risques de recontamination (par des souches résistantes) lorsque ces personnes ont des rapports sexuels avec leur partenaire fixe ou avec d'autres partenaires.

Là encore, le rôle du préservatif est très important.

II) Les conséquences

Quels sont les ressentis lorsque l'on devient séropositif ?

1) La libido

Le fait d'être séropositif a d'importantes conséquences psychologiques sur la libido, notamment :

- **Une impression de corps sali** : les personnes sont très abattues, elles s'effondrent, ont des crises de larmes et souffrent très souvent de dépression ;
- **Une peur de contaminer l'autre** : on craint de retransmettre son virus à autrui (d'où, chez certains, l'arrêt total des rapports sexuels) ;
- **Une peur de la séropositivité** : la personne atteinte craint d'avouer sa séropositivité à son conjoint ou craint que son partenaire soit séropositif, par peur du jugement moral de l'autre, du rejet, mais également par rapport à certaines croyances (religion), etc. ;
- **Une perte de plaisir** : la sexualité devient une source de déplaisir, puisqu'elle est généralement le facteur primaire de contamination, et les pratiques sexuelles se compliquent ; c'est un peu une mise au ban de la société et de l'individu.
- **Un retrait dans la chasteté et le célibat** : l'individu séropositif s'éloigne des pratiques sexuelles, il les met de côté.

C'est très souvent le cas dans le milieu homosexuel : beaucoup de séropositifs sont seuls depuis 15 - 20 ans et ont aujourd'hui 45, 50, voire 55 ans. Ces personnes-là sont très seules et cette solitude chez les séropositifs se traite de la même manière que la solitude chez les personnes de 70 - 80 ans ayant une dizaine d'années de veuvage.

Cela provoque des troubles psychologiques chez les séropositifs traités depuis longtemps, notamment des dépressions.

De ce fait, la sexualité n'est plus une priorité dans la vie de la personne séropositive puisque les rendez-vous médicaux à l'hôpital, les bilans, les traitements ou encore les tests passent avant. Elle pense avant tout à se maintenir en vie et se pose des questions sur son traitement, sur les effets qu'il aura sur elle, sur sa maladie, sur son emploi et sa vie

professionnelle, etc. Le sexe et le plaisir sexuels sont donc vraiment mis de côté au profit de la remédicalisation du corps.

2) L'érection

L'érection est un leitmotiv en sexologie. C'est une question que l'on entend des dizaines de fois par semaine, et ce, chez des patients de tous les âges.

À chaque évolution de la maladie SIDA, on retrouve des troubles de l'érection, voire des impuissances complètes. On prescrit donc aux patients du Viagra, du Cialis, du Lévitra, mais rien n'y fait.

Les injections intracaverneuses, elles, ont une certaine efficacité, car la perte d'érection est souvent psychogène.

La perte d'érection provoque un sentiment négatif et une perte de confiance qui, forcément, ont des effets d'autant plus néfastes sur l'érection. Cet effet négatif se retrouve :

- dans le cadre d'une dépression réactionnelle ou déjà existante ;
- à l'annonce de la séropositivité, de la maladie SIDA et à chaque nouvelle rencontre.

La personne séropositive craint les réactions d'autrui et a peur de révéler sa maladie aux autres, elle a peur de l'échec. Elle craint également la solitude, ce qui crée un stress et une source d'angoisse qui accroissent les troubles érectiles, voire qui entraînent la perte totale de l'érection.

De ce fait, on retrouve souvent des personnes séropositives intégrant des « clans » sexuels : elles se regroupent ensemble car elles se comprennent, de par la maladie, car elles n'ont pas besoin d'annoncer leur séropositivité à l'autre. Elles se donnent rendez-vous dans des lieux de rencontre via internet et ont des rapports sans se protéger. De ce fait, elles ont une sexualité, qui est parfois très exubérante chez certains.

En effet, il existe d'ailleurs des cas de surconsommation sexuelle, que l'on retrouve essentiellement dans les milieux homosexuels. Cette pratique est contraphobique. La surconsommation traduit une hyperactivité, la personne oublie tous ses problèmes (dus à sa maladie) dans le sexe.

Parfois, le patient ayant des problèmes d'érection rebondit sur un problème d'éjaculation précoce. C'est une réaction propre à beaucoup d'hommes, séropositifs ou pas.

Il est essentiel également de recentrer l'activité masturbatoire et il ne faut donc pas hésiter à poser la question au patient. Cela se fait dans le suivi de la relation, on ne demande pas directement au patient s'il se masturbe car il est probable que ce dernier n'assume pas, tant le tabou sur le sujet est important. Le praticien doit poser des questions concernant la relation du patient (est-elle épanouie ou non, comment faisait-il entre chaque relation ?) afin d'en venir indirectement à la masturbation et d'amener son patient à lui donner des réponses.

3) Orgasme et jouissance : sommes-nous égaux ?

Lors de la consultation, il faut tenir compte de la qualité de la sexualité antérieure.

Le praticien doit donc recentrer le patient sur l'appréciation personnelle de sa sexualité antérieure. Chez les patients ayant près de 10 ans de séropositivité, où la sexualité n'est pas prioritaire et dont ils n'ont jamais parlé à un professionnel, il est primordial de leur demander s'ils étaient épanouis sexuellement avant la maladie (de même pour les patients souffrant de dysorgasmie, d'anorgasmie, de troubles érectiles ou d'éjaculation précoce).

=> Il faut recadrer tout cela dans une sexualité d'une vie en demandant au patient comment était sa vie sexuelle antérieure, si elle était différente ou non.

Il faut également savoir apprécier l'importance de la sexualité dans la vie des personnes. Le nombre moyen de rapports sexuels par semaine ou par mois est différent pour tout un chacun : chez certains, 2 fois par semaine est assez ; pour d'autres, 1 fois par jour n'est pas assez ; pour d'autres encore, 2 fois par mois est idéal. Il n'existe pas de normalité.

Cependant, le nombre moyen de rapports sexuels selon les études sexologiques est de 2 rapports et demi par semaine. Cette moyenne permet d'identifier où se trouvent les patients mais ne fait pas office de normalité. La normalité se trouve uniquement dans le désir et l'envie d'avoir des rapports sexuels dans un couple.

La notion d'importance de désir d'enfant chez les personnes (hommes et femmes) séropositives est de plus en plus fréquente et reste un problème grand ouvert. En effet, lorsqu'un couple séropositif annonce son désir d'enfant au praticien, ce dernier doit informer les deux partenaires sur les méthodes qui existent (techniques relativement chères et longues). De ce fait, beaucoup de couples décident de se débrouiller seuls (en nettoyant le sperme et en le réinjectant avec une seringue) et arrivent un jour en consultation en annonçant que la femme est enceinte. Le praticien est donc mis au pied du mur et n'a pas d'autre choix que de suivre la future maman.

Il faut également tenir compte des troubles constants ou occasionnels : les nouvelles relations, le changement de partenaires et le rôle de l'affectif.

Ex. : Dans le cas de couples homosexuels et séroconcordants, le conseil médical leur dira toujours de se protéger car il y a des échanges de souches lors des rapports sexuels. Ces souches se recontaminent avec des souches légèrement différentes et créent une mutation des virus.

Si le partenaire 1 a un traitement trithérapie qui fonctionne sur son virus, et que le partenaire 2 suit une troisième trithérapie car son virus a déjà muté plusieurs fois, le virus du partenaire 1 ne sera pas le même que celui du partenaire 2. Cette situation est autant valable pour un couple homosexuel qu'un couple hétérosexuel : ce n'est pas une histoire de sexe, mais de virus.

Certains patients prennent leur traitement mais se retrouvent donc avec des souches et une

charge virale qui remonte : cela est dû au fait qu'ils se sont surcontaminés avec d'autres virus, avec des croisements de souches. Le traitement ne fonctionne donc plus puisque le virus a muté.

Le praticien doit s'informer sur le nombre de relations stables chez le patient avant sa maladie et sur ses sources de plaisir à ce moment-là : comment a-t-il vécu ces relations ? S'est-il senti endeuillé par la séparation ?

On ne doit pas oublier de pratiquer un bilan médical minimal : les praticiens (sexologues, psychiatres, etc.) restent des médecins. Pour se faire, on peut poser des questions simples au patient afin d'identifier d'éventuels problèmes nécessitant un bilan (par exemple, lui demander s'il a des érections matinales).

Le bilan médical comporte le dosage du taux hormonal, le suivi de grossesse, le suivi gynécologique, le bilan lipidique et diabétique, etc. Il permet d'éviter de passer à côté d'un diabète ou encore d'un problème d'artérite pénienne.

Si, par exemple, on observe des érections matinales chez le patient, on peut tout simplement lui prescrire du Cialis ou du Viagra. Le doppler a tendance à surmédicaliser les choses, ce qui n'a pas un grand intérêt. Il est donc préférable d'amener le patient à parler et à évoquer ses troubles.

Il faut également tenir compte des effets secondaires des médicaments et des interactions entre médicaments, qui sont très fréquents dans les trithérapies.

Les histoires d'alcool et de drogues, récréatives ou dures, sont à prendre en compte, car dans le milieu du sexe, il y en a toujours (dans la prostitution, etc.).

4) Les causes des troubles sexuels

La liste des troubles sexuels augmente car on ajoute aux troubles des séronégatifs ceux des séropositifs :

- **La stigmatisation extérieure et personnelle** : la notion de « sexualité mauvaise » ;
- **Les histoires de phobies diverses** : l'homophobie, l'isolement familial, professionnel et amical, le rejet ethnique (qui se voit de plus en plus chez les populations noires, avec des isolements et des rejets familiaux). Certains patients sont tellement rejetés qu'ils ne viennent plus à l'hôpital, car même à l'hôpital, les autres patients séropositifs les rejettent (que ce soit pour des raisons ethniques ou autres). De ce fait, ces patients sont souvent obligés de déménager, de changer de cité, d'aller là où personne ne les connaît ;
- **Les causes médicamenteuses** : des neuropathies avec la didanosine et le Videx® (qu'on utilise vraiment de moins en moins), des troubles érectiles avec les antidépresseurs (tels que le Prozac®) ;
- **Les causes médicales** : un déficit hormonal, un diabète, l'hypertension artérielle, l'artérite, le tabagisme, les drogues... Il faut les dépister ;

- **Le rôle de l'âge** : les personnes séropositives sont de plus en plus âgées (ex. : un patient séropositif de 65 ans ayant des problèmes de prostate peut avoir des problèmes d'érection) ;
- **Les IST** : il est également très important de limiter les transmissions d'autres IST en effectuant ses rappels de vaccins contre l'hépatite.
- **Le problème des couples sérodiscordants** : dans le milieu homosexuel, il y a deux clans :
 - les célibataires endurcis qui ne veulent surtout pas en parler ;
 - ceux qui choisissent un autre séropositif comme partenaire, pensant qu'ils se comprendront l'un l'autre et iront ensemble à l'hôpital : ces derniers rencontrent des difficultés, notamment lorsque l'un des deux partenaires décède, les histoires de deuil sont difficiles à gérer en plus de la maladie.

=> La gestion de la séropositivité dans les couples sérodiscordants est complexe (notamment chez les couples désirant un enfant). Bien qu'il ne faille pas dramatiser les choses, il faut savoir que la séropositivité est très difficile à vivre, elle tient le patient jusqu'à sa mort et il n'existe aucune solution miracle. Elle touche la sexualité et la procréation, donc l'intime, ce qui rend la chose beaucoup plus compliquée.

III) Conclusion

Le SIDA étant intimement lié à la sexualité, les difficultés sexuelles arrivent à tout moment et ce, chez tous les patients séropositifs : le fait d'être atteint du virus HIV majore le risque de difficultés sexuelles.

La séropositivité joue un rôle néfaste sur la sexualité.

Il faut donc toujours proposer une ouverture de parole au patient séropositif (comme on le fait pour un patient opéré de la prostate, du cœur ou autre).

En tant que sexologue, lorsque l'on suit des personnes atteintes du HIV, il ne faut pas attendre la fin de la consultation pour parler de sexualité, ni la négliger totalement, car cela favorise la négligence thérapeutique, les prises de risque et la « non-compliance ». Bien qu'il soit important de donner au patient son taux de CD4 et sa charge virale, il est primordial d'évoquer le plan personnel et la sexualité dès le début de la consultation.

Chez une personne séronégative, une sexualité épanouissante est une plus-value. Mais chez un séropositif, la sexualité est souvent vécue comme une cicatrice douloureuse que l'on doit rouvrir afin d'aider le patient à redécouvrir son corps et à en jouir à nouveau.

Enfin, attention aux couples séropositifs avec des virus qui sont différents et des traitements différents qui vont entraîner une mutation du virus avec le traitement qui finira par ne plus marcher.