

Les abords de la sexualité au quotidien

Daily approaches of sexuality

E. Hirsch

Service d'Urologie, Hôpital Erasme et Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann

RESUME

La prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) dépasse largement la notion de maladie et implique pour le médecin d'être attentif aux répercussions possibles sur le vécu sexuel de ces patient(e)s et sur la relation de couple.

Peuvent en effet se mêler des sentiments de honte, de culpabilité, de peur dans le contexte actuel de l'épidémie du Sida sans oublier la suspicion et la perte de confiance étant donné le problème de la transmission. Crise de couple, difficultés sexuelles peuvent en résulter.

L'un des éléments importants de la prévention des MST et en particulier du Sida est la communication autour de la sexualité. Le rôle du médecin est très important comme facilitateur de parole : c'est à lui d'aborder les dimensions du Safer Sex et de l'utilisation du préservatif en tenant compte des besoins individuels (ne pas se contenter de l'aspect technique) car le matériel sexologique ne se dévoile pas spontanément.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 353-7

ABSTRACT

Dealing with STD goes beyond the simple notion of "disease" and implies for the doctor to pay attention to the possible consequences on his patients' sexuality and couple relationship. Indeed, feelings of shame, culpability, fear in the present context of the AIDS epidemic can develop very fast as well as suspicion and loss of trust considering the problem of transmission. Couple's crisis and sexual problems could result from it.

One of the most important elements of STD prevention, in particular AIDS is communication around sexuality. The doctor's role is very important as a mediator, he has to treat the dimensions of Safer Sex and use of condoms taking into account the individual needs (and not only the technical aspects) because the sexologic material does not uncover by itself.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 353-7

Key words : STD, AIDS, fear, culpability, couple, prevention, communication, condom

Avec la libération sexuelle, la généralisation de la pilule contraceptive et la facilité des moyens de communication, nous assistons depuis des décennies à une explosion des maladies sexuellement transmissibles (MST) et plus récemment à l'épidémie du Sida.

Parallèlement se profile en réaction une nouvelle vague de répression sexuelle où, en particulier, le Sida apparaît comme la sanction d'un péché d'essence sexuelle. La prise en charge des MST dépasse largement la notion de maladie et implique pour le médecin d'être attentif aux répercussions possibles sur le vécu sexuel de ces patient(e)s et sur la relation du couple.

L'apparition de symptômes tels que prurit, brûlures, douleurs, leucorrhée ou écoulement urétral chez l'homme, dyspareunie, lésions apparentes de type

herpétique, syphilitique, mycosique ou condylomateuse, ou de symptômes plus insidieux comme une éjaculation précoce ou des leucorrhées claires répétées amène les patient(e)s à consulter.

Parfois, ce sont des examens de dépistage, frottis cervicaux, prélèvement vaginal, prise de sang, ou des examens pour stérilité (spermogramme) qui font poser le diagnostic d'infection du tractus génital. L'annonce de ce diagnostic peut être vécue comme plus ou moins choquante. En effet, ce diagnostic pose le problème de la transmission avec tout ce que cela véhicule de conflictuel.

Sur le plan personnel, l'évocation d'un diagnostic de MST peut éveiller des sentiments de culpabilité, de honte, de peur étant donné le contexte actuel de l'épidémie de Sida et la connotation d'immoralité qui est parfois encore attachée aux patients atteints de MST¹.

Il peut en résulter un sentiment d'auto-dévalorisation d'autant qu'il s'agit de l'atteinte de la sphère pelvienne, en général hautement investie émotionnellement et symboliquement.

Les MST ont la plupart du temps un retentissement psychique plus ou moins marqué, ce qui peut amener certains patients à remettre en question leur système de valeurs et leur attitude vis-à-vis de la sexualité.

Sentiments de culpabilité, honte, peur, auto-dépréciation peuvent induire un état dépressif dont la seule manifestation au début peut être un trouble psychosomatique comme une douleur génitale ou des troubles digestifs, etc., mais aussi une perte d'intérêt pour la sexualité.

Même après éradication de toute infection, la perte de désir peut se perpétuer du fait qu'elle peut acquérir une autonomie ("moins on fait l'amour et moins on a envie de le faire") mais aussi à cause du retentissement possible au niveau du couple. Aux sentiments personnels (crainte, culpabilité, honte) s'ajoutent la suspicion, le doute, la perte de confiance.

Une MST introduite par l'un des partenaires intervient souvent comme une fracture dans le couple où se réactivent des sentiments de jalousie, d'abandon ou de rejet voire d'agressivité. Dans un certain nombre de cas cependant, les partenaires préfèrent rester dans le flou, le vague plutôt que d'affronter la réalité de la transmission. Le praticien se trouve alors confronté à la difficulté de devoir instaurer un traitement pour le (la) partenaire asymptomatique s'il veut prévenir le risque de réinfection à bascule d'un partenaire à l'autre. L'abstinence coïtale la plus courte possible ou l'usage d'un préservatif sera prescrit en attendant la restauration de l'intégrité des muqueuses. Il faudra suggérer au partenaire ayant une ou plusieurs relations extraconjugales de demander qu'il(s) ou elle(s) se traite(nt) et qu'il(s) ou elle(s) utilise(nt) un préservatif.

Un des facteurs favorisant la multiplication des MST est le nombre important de porteurs de germes asymptomatiques qui n'en sont pas moins contagieux. A l'intérieur même du couple, des conseils spécifiques pourront être utiles : en cas d'herpès récidivant par exemple, la fellation et le cunnilingus seront déconseillés ; en cas de mycoses récidivantes, la sodomie suivie de pénétration vaginale sera également contre-indiquée.

Comment donc prescrire un traitement au partenaire asymptomatique sans nuire au couple ? Il s'agit d'offrir au couple et à chacun individuellement un espace de parole où la qualité de l'information sur les risques des MST ainsi que sur l'usage du préservatif doit permettre de responsabiliser tout en dédramatisant la situation. Le médecin se méfiera de ne pas donner à son discours une connotation moralisatrice ainsi que de l'effet iatrogène de certaines paroles ou expressions verbales.

Cette crise dans la vie amoureuse sera d'autant mieux gérée que le couple jouissait avant la découverte de la MST d'une intimité affective et sexuelle satisfaisante. Dans d'autres cas, le lien conjugal ne résiste pas à cette crise qui peut alors être le révélateur de sa fragilité. Entre la rupture du lien amoureux et la résolution de la crise, il y a le compromis : combien de dysfonctions sexuelles apparues après guérison d'une MST ne sont-elles pas l'expression d'un malaise relationnel ?¹

Il peut s'agir d'un trouble de l'érection d'un homme craignant de ne pas être à la hauteur d'un rival fantasmé ou réel ou par peur de blesser l'autre après une MST, ou d'une dyspareunie révélatrice par exemple d'une agressivité non évacuée vis-à-vis du conjoint ou encore d'une perte de désir dont le discours se situe non plus au niveau du fonctionnement sexuel mais au niveau de l'amour ! Ainsi, une femme qui n'est pas sûre d'aimer ou d'être aimée perd généralement le désir. La liste est longue et il n'est pas rare qu'un symptôme sexuel de l'un n'entraîne un symptôme chez l'autre. Il peut arriver que certaines MST récurrentes comme l'herpès ou les mycoses soient utilisées comme arme par l'un des conjoints pour lui permettre de fuir une intimité affective et sexuelle.

Parfois, cependant, la problématique est plus superficielle.

C'est le cas des dyspareunies dont le point de départ est lié à une organicité (la MST). Par la suite, c'est la peur de la douleur qui perpétue le trouble par le biais du spasme musculaire et du trouble de l'excitation sexuelle (sécheresse vaginale). Chaque échec renforce l'angoisse parfois jusqu'à la phobie. Rappelons qu'une éjaculation prématurée peut résulter d'une MST surtout si elle se répète, à cause de la mise en tension de l'urètre postérieur dès le début du coït du fait d'une prostatite chronique.

La plupart du temps, il s'agit en fait d'une problématique intriquée à la fois superficielle par l'anxiété sexuelle et plus profonde, personnelle et relationnelle.

Enfin, le diagnostic de MST revêt à l'heure actuelle une résonance particulière du fait de l'épidémie du Sida qui associe l'amour à la mort. Il décuple bien souvent tous les sentiments dont il a été question et met en cause la responsabilité de chacun, non seulement vis-à-vis de sa santé propre mais aussi celle de son (sa) partenaire et de la collectivité toute entière. Les difficultés sexuelles des patients séropositifs requièrent une prise en charge spécifique du fait des risques encourus, de l'état anxio-dépressif et des idées morbides^{2,3}.

Selon l'enquête sur le comportement sexuel des Français réalisée fin 80 et début des années 90 par une équipe de 25 personnes sous la direction de A. Spira et N. Bajot chez les hétérosexuels multipartenaires, 40 % des hommes et 60 % des

femmes n'ont jamais utilisé le préservatif au cours de leurs rapports sexuels. Par ailleurs, parmi la population qui utilise le préservatif, ceux qui l'utilisent toujours ne sont que 11 % pour les hommes et 4 % pour les femmes. Ces chiffres expliquent pourquoi l'épidémie continue à se diffuser dans la population. Les femmes se protégeraient moins que les hommes. Ceci serait lié au fait que leur investissement amoureux et affectif est notablement plus important que celui des hommes. Elles ont de ce fait plus tendance à faire confiance à leur partenaire et ont beaucoup moins envie d'utiliser une protection instrumentale. Ceci nous amène à penser que la prévention, en ce qui concerne le préservatif, doit être adaptée en fonction du sexe. Voici un exemple de facteur parmi une multitude d'autres qui explique le paradoxe, à savoir que cette affection en théorie si facilement évitable est loin de l'être en réalité. Bien d'autres données que les connaissances biologiques, virologiques et physiopathologiques sont mises en jeu dans la sexualité humaine. Le paradoxe se retrouve dans le fait que les rapports sexuels sont une activité fréquente et nécessitent donc une protection constante alors que le risque est lointain et faible !⁴

Néanmoins, ce risque est toujours présent et si, dans certaines activités comme la fellation, le risque est faible, il faut savoir qu'il existe. Les précautions adoptées n'ont souvent rien de rationnel et il faut, pour les comprendre, considérer un ensemble de facteurs individuels et collectifs. Or, les messages de prévention ont presque toujours été des messages collectifs sans tenir compte de la problématique personnelle. On se rend compte au travers de cette enquête que, si la prévention a surtout été basée sur le préservatif, le préservatif n'est pas la seule stratégie adoptée par la population. De façon synthétique, on peut dire que la première stratégie adoptée en réalité est la sélection des partenaires sexuels ! Ensuite, il y a le fait de poser des questions sur leur vie sexuelle passée et moins souvent sur leur séropositivité. Ce n'est qu'en troisième lieu que se situe le préservatif et beaucoup plus rarement l'abandon de pratiques sexuelles à risques^{2,3}.

En effet, cette enquête nous donne des résultats précis sur le comportement sexuel dans la population et, par rapport à l'étude Simon, 20 ans auparavant, il y a une augmentation de pratiques sexuelles telles que fellation, cunnilingus et pénétration anale⁵.

Par contre, en ce qui concerne la population homo ou bisexuelle, la sodomie n'est plus pratiquée à ± 68 % contre ± 33 % dans l'étude précédente.

Ce qui signifie que les homosexuels pratiquent le *Safer Sex* (sexe sans risque).

Mais en cas de sodomie, celle-ci se fait le plus souvent sans préservatif. C'est certainement dans ces sous-groupes que la prévention doit être la plus active. Cela veut dire que la prévention concerne avant tout le médecin généraliste qui est en contact avec l'ensemble de la population. Elle doit être particulièrement active dans certains sous-groupes dont le risque est important

et qui n'ont pas modifié leur comportement :

- les toxicomanes,
- les homosexuels masculins,
- les prostituées,
- les hétérosexuels multipartenaires,
- les personnes sans accès, pour des raisons personnelles ou collectives, aux moyens de prévention, préoccupées surtout par des problèmes vitaux (nourriture, logement, argent, etc.).

Il est apparu dans cette enquête que l'un des éléments importants dans les changements de comportement sexuel est la communication autour de la sexualité et ce à plusieurs niveaux : celle entre parents et enfants, puis avec des confidents, les partenaires sexuels, les médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux, lieux de paroles pour adolescents, etc.

Le rôle des médecins peut être très important comme celui d'aider les parents à être capables de faire l'éducation sexuelle de leurs enfants. Certaines consultations médicales, notamment les surveillances de contraception, sont un moment privilégié pour parler de sexualité. Lorsque les patients perçoivent un espace d'écoute, ils sont souvent disposés à en parler. Et c'est probablement dans ce rôle facilitateur de paroles que les médecins peuvent contribuer à la perception d'un risque^{2,3}.

Les messages prophylactiques sont souvent dominés par un aspect technique : comment mettre un préservatif ou par une énumération brève de conduites à ne pas tenir, c'est-à-dire une approche collective souvent inadaptée et qui nécessiterait une reformulation en fonction des besoins individuels.

Ainsi, le *Safer Sex*, concept venu du milieu gay américain, propose un apprentissage progressif d'un comportement *safer* en modifiant, en adaptant son mode de vie sexuelle afin de réduire, voire de supprimer, les risques de contamination^{2,3}.

L'esprit du *Safer Sex*, responsabilité, solidarité, ne suppose pas qu'il y ait moins de plaisir mais au contraire la possibilité d'une sexualité plus enrichissante, l'aspect sensoriel, érotique et relationnel étant privilégié, toute chose se rapprochant de la pratique sexologique.

La communication autour de ce sujet doit donc tenir compte des dimensions psychosexuelles, des résistances, des angoisses^{2,3}.

Après 30 ou 40 ans de sexualité quasi sans risque grâce aux antibiotiques, on peut à nouveau "attraper la mort" par la sexualité (J. Voyron, pas de référence écrite).

Voilà donc le retour du préservatif, acte de vigilance du Moi à un moment où la pulsion sexuelle pousse au contraire à la dissolution du Moi.

Le préservatif devient ainsi le symbole de la nouvelle répression sexuelle avec toutes les difficultés liées à son utilisation.

• *Faut-il en avoir en permanence dans son sac ou son portefeuille ?*

C'est admettre le caractère imprévisible d'une rencontre. Et si, lorsqu'on vit en couple, l'autre découvre cet accessoire, que lui dire ?

Ne pas en avoir, c'est prendre le risque de se trouver démuné. Et voilà nos partenaires obligés à un détour anérotique.

• *Qui le propose à l'autre ?*

Le proposer c'est faire preuve de maturité mais aussi induire certains fantasmes :

- être une personne susceptible d'être séropositive, voire d'être homosexuel(le) ;
- suspecter l'autre d'être infecté(e), surtout si on est sûr(e) d'être soi-même séronégatif(ve) ;
- craindre que l'autre ne renonce à la relation sexuelle.

• *Pour un homme, l'usage du préservatif suppose une érection fiable et durable, etc.*

• *Imposer le préservatif à l'autre.*

Cela peut signifier l'accuser de mentir sur sa séronégativité. On peut alors avancer que soi-même on a pu avoir une relation incertaine mais alors, grand est le risque de voir l'autre se replier dans la méfiance.

Qu'il serait donc plus simple de ne penser à rien ! Le passage du VIH vers la population hétérosexuelle se fait par deux mécanismes principaux :

- par des prostituées toxicomanes à des hommes hétérosexuels ;
- par des bisexuels qui cachent leurs habitudes à leurs épouses qui à leur tour cachent un amant qui lui-même est marié, etc.⁶.

Voici donc l'adultère, porteur au niveau collectif de la responsabilité quasi criminelle de la propagation du VIH.

L'adultère représentant un risque, fini les " coups de cœur " en toute insouciance⁷.

Toutes ces dimensions sont peu abordées.

Le praticien peut être confronté à certaines difficultés quant à l'utilisation du condom :

- Si, dans certains cas d'éjaculation prématurée, le préservatif peut être de quelque utilité en diminuant les sensations, dans d'autres, sa mise en place suffit parfois à déclencher l'orgasme, coupant court au rapport sexuel. Dans ce cas, une prise en charge sexologique devrait permettre un apprentissage de la modulation des tensions sexuelles et donc de la maîtrise éjaculatoire. A l'inverse, les hommes présentant une instabilité de l'érection renonceront souvent au préservatif à moins de recourir à une prise en charge sexologique, voire à un médicament

sexo-actif qui apparaît alors paradoxalement comme un élément de prévention.

- La pratique de la fellation précède souvent la pénétration vaginale. Dans cette activité, le préservatif ne devrait pas comporter de réservoir car celui-ci peut provoquer un réflexe nauséux et ne pas être lubrifié (question de goût !).
- En cas de pratique de la sodomie, une épaisseur majorée de latex est de mise pour résister aux contraintes de cet acte.
- Enfin, s'il existe des variations anatomiques, il n'existe qu'une seule taille de préservatif. Que ce soient les hommes au pénis de plus petite taille sur lequel le latex se fripe au cours du rapport ou ceux offrant un pénis volumineux qui doivent forcer sur un étui glissant en y mettant les ongles au risque d'excorier le latex ou encore ceux au pénis de conformation conique sur lequel le préservatif se réenroule facilement, dans tous ces cas, un modèle sans réservoir et non lubrifié s'adapte à des situations plus variées que le préservatif prélubrifié avec réservoir, quitte à utiliser un lubrifiant séparé juste avant l'intromission. Par ailleurs, l'éjaculation de 3 ml trouve facilement sa place dans les plis qui se sont constitués au cours du coït. Certains lubrifiants à excipient gras comme la vaseline peuvent avoir un effet irritant et altérer la qualité du latex avec augmentation de la porosité. Il convient donc de n'utiliser que des lubrifiants hydrosolubles (par exemple KY gel).
- En ce qui concerne la pose du préservatif, quelques règles sont à observer :
 - mettre le préservatif avant le début du rapport, sur une verge en érection ;
 - s'il ne possède pas de réservoir, il est possible d'en créer un en le pinçant avant de le dérouler ;
 - se retirer avant que l'érection ne soit terminée, en maintenant le préservatif à la base pour éviter les fuites ;
 - puis le jeter : un préservatif ne doit servir qu'une fois ;
 - les préservatifs ne sont pas inaltérables : la date limite inscrite sur la boîte doit être respectée².
- En cas d'allergie au latex (prurit voire œdème génital), un préservatif en latex déprotéiné (Manix Crystal) est une solution⁸.

Quant au préservatif féminin, il présente l'inconvénient d'être délicat à mettre en place lors des premières utilisations. Peu discret, il peut difficilement être utilisé à l'insu d'un partenaire qui y serait hostile. Certaines utilisatrices (ou utilisateurs) se plaignent du bruit qu'il fait pendant les rapports.

Autre risque : celui d'une mauvaise utilisation. En cas de rapport sexuel vigoureux, le préservatif risque en effet d'être repoussé à l'intérieur du vagin. Souvent jugé trop grand, il est esthétiquement déplaisant. Le fait qu'il recouvre la vulve rebute un certain nombre de couples. La lubrification trop importante du préservatif féminin peut gêner certains couples. La partie externe couvre le clitoris et empêche l'orgasme de certaines femmes. Dernier inconvénient : ce préservatif est d'un

coût élevé (Femidon®, prix de 8,5 € pour 3) et ne peut pas être réutilisé.

Les avantages du préservatif féminin sont très nombreux. Il peut être placé quelques heures avant le rapport sexuel. Il est adapté à toutes les morphologies et peut être utilisé avec n'importe quel lubrifiant, même gras. Il recouvre mieux le méat urétral et la vulve et protège du VIH et des autres MST. Il peut être utilisé comme contraceptif ; grâce au polyuréthane, il est à la fois souple et solide, moins susceptible de se déchirer qu'un préservatif en latex.

Le préservatif féminin est également intéressant au niveau du confort et du plaisir du rapport sexuel. Pouvant être placé avant celui-ci, il n'interrompt pas les préliminaires et permet au partenaire de garder son érection. Il ne serre pas le sexe masculin et sa prélubrification rend les rapports plus confortables. Le polyuréthane transfère mieux la chaleur corporelle que le latex. Enfin, le préservatif féminin peut être utilisé par les personnes qui présentent une allergie au latex⁹.

Son utilisation est cependant exceptionnelle.

Tous ces détails pratiques paraissent bien loin des sentiments, de la poésie et du charme d'une relation. Cependant, pour éviter précisément des situations difficiles à vivre, il faut pouvoir en parler à son médecin et celui-ci doit être à même de pouvoir répondre à toutes ces questions...

BIBLIOGRAPHIE

1. Tordjman G : Retentissement psycho-sexuel des MST. Cahiers de Sexologie Clinique 1987 ; 13 : 79
2. Daudel R, Montagnier L : Le SIDA. Dominos/Flammarion, 1994
3. Peto D, Rémy J, Van Campenhoudt L, Hubert M : SIDA. L'amour face à la peur. L'Harmattan 1992
4. Spira A, Bajot N : Enquête sur le comportement sexuel des Français. 1992
5. Simon P, Gondonneau J, Mironer L, Dourlen-Rollier AM, avec la collaboration de Lévy C : Rapport Simon sur le comportement sexuel des Français. In : Charron P et Julliard R, eds. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Paris, 1972
6. Pasini W : Sidamorphoses. Cahiers de Sexologie Clinique 1988 ; 14 : 54-5
7. Gellman C : La nouvelle répression sexuelle. Conférence à l'Académie des Sciences Sexologiques. Amsterdam, 20 juin 1991. Cahiers de Sexologie Clinique 1992 ; 18 : 4-8
8. Sexologos (Revue de la Société Française de Sexologie Clinique - SFSC) 2000 ; 10
9. Sexologos (Revue de la Société Française de Sexologie Clinique - SFSC) 1999 ; 9

Correspondance et tirés à part :

E. HIRCH
Hôpital Erasme
Service d'Urologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 2 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2005.