



COREVIH | Ile de France sud



QUELLE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ SEXUELLE EN FRANCE ?

COORDINATION RÉGIONALE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION DUE AU VIH.

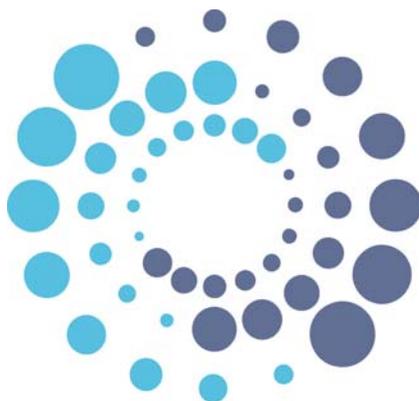


Etablissement siège d'implantation du COREVIH :

Hôpital Henri Mondor
N° FINESS : 940100027
51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94010 CRETEIL cedex

COREVIH | ILE DE FRANCE SUD

SANTÉ SÉXUELLE
2013



Réflexions autour d'un Colloque
organisé par le COREVIH IDF SUD le 16 mai 2013

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Affiche du colloque | 6 |
| Programme du colloque | 7 |
| Introduction | 9 |
| Santé sexuelle pour tous | 10 |
| • Qu'est-ce que la santé sexuelle ? ----- | 10 |
| • Un peu d'histoire... ----- | 11 |
| • Les années sida ----- | 12 |
| • Droits sexuels ----- | 13 |
| • Santé sexuelle à la française ! ----- | 13 |
| • Des problèmes persistent ----- | 14 |
| • ----- | |
| Expériences plurielles d'une approche particulière | 15 |
| • Des réalités diverses ----- | 16 |
| • De nombreux freins ----- | 16 |



| | |
|---|-----------|
| • Femmes sous influence ----- | 18 |
| • Des propositions concomitantes ----- | 18 |
| • Cancer et sexualité, les liaisons dangereuses ----- | 19 |
| Dr Michel Ohayon : « Depuis trente ans, tous les gays vivent avec le VIH » | 22 |
| Un réseau régional de santé sexuelle unique en son genre. | 25 |
| Dr Gilbert Bou Jaoudé : | 27 |
| « Un patient séropositif sur deux a un problème sexuel » | |
| Centre régional de santé sexuelle : la possibilité d'une île | 29 |
| • Une prise en charge globale de la sexualité ----- | 30 |
| Aborder la sexualité, une sinécure ? | 32 |
| • Quand la sexualité stigmatise ----- | 33 |
| • Quand la sexualité se communautarise ----- | 35 |
| Stéphane : « Je ne suis plus un sous-gay » | 38 |
| Libres et égaux face à la sexualité ? | 42 |
| Conclusion | 47 |



Affiche du colloque

Le **COREVIH** Ile de France Sud
vous invite au colloque :



SANTÉ SÉXUELLE

JEUDI 16 MAI 2013 DE 9H00 À 17H30

Espace Tapis Rouge

67, rue du faubourg Saint-Martin - Paris 10^e.

Métro : Château d'Eau (ligne 4) ou Jacques Bonsergent (ligne 5)



Inscriptions obligatoires :

secretariat.corevih-sud@hmn.aphp.fr ou sur le site www.corevih-sud.org

Inscriptions avant le 12 mai 2013

Avec le soutien de  **GILEAD**

CONCEPTION REALISATION : WWW.EXYLONE.FR



Programme du colloque

PROGRAMME

08h30 Accueil Petit déjeuner



■ 9h00 Ouverture du colloque :

Dr Alain SOBEL - Président du COREVIH IDF Sud

1^è partie :

Modérateur **Mme Janine PIERRET**

■ 9H15 Conférence 1 :

- **Mr Alain GIAMI** : Directeur de recherche INSERM - CESP - U1018

Qu'est-ce que la santé sexuelle ? Quels besoins ?

■ 10h30 Table ronde 1 : « Expériences et pratiques »

- **Mr Jean-Marie LE GALL** - Association AIDES. *"Les freins et les leviers à une approche "santé sexuelle" identifiés par les intervenants communautaire de AIDES"*.

- **Dr Carine FAVIER** - Présidente nationale du Planning Familial /COREVIH Languedoc Roussillon
Planning familial. *«Une expérience d'approche globale : sexualité, contraception, IST VIH».*

- **Dr Michel OHAYON** - Directeur centre de santé sexuelle «le 190 ». *Expérience du centre de santé sexuelle « le 190 ».*

- **Dr Eric BILLAUD** - Président du COREVIH Pays de la Loire. *Construction du Réseau régional de santé sexuelle.*

- **Dr Pierre BONDIL** - Cancérologue, Chirurgien urologue / CH Chambéry. *Oncosexologie.*

■ 12H15 Conférence 2 :

- **Dr Thierry TROUSSIER** : Directeur de la Chaire UNESCO. *« Santé sexuelle et droits humains » Les consultations d'écoute et sexualité pour les PVVIH.*

■ 12h30 : Repas assis sur place.

2^è partie

Modérateur **Mr Serge HEFEZ**

■ 14H00 Conférence 3 :

- **Dr Gilbert BOU JAOUÉ** : Président de l'ADIRS / Secrétaire Général de la SFMS

Point de vue d'un sexologue.

■ 14H30 Conférence 4 :

- **Dr Catherine GAUD** : Présidente du COREVIH de la Réunion. *Expérience d'un centre régional de santé sexuelle.*

■ 15H00 Table ronde 2 : « Comment aborder la sexualité ? »

- **Dr Nicolas FOUREUR** - Dermatovénérologue. *Ethique et santé sexuelle.*

- **Mr David FRIBOULET** - Animateur en éducation thérapeutique, psychanalyste / COREVIH IDF Sud, Institut Alfred Fournier. *Expérience du groupe de patients Vie affective / Vie sexuelle.*

- **Dr Anne SIMON** - PH Gr. hospitalier Pitié-Salpêtrière / COREVIH IDF Centre. *Expérience en milieu hospitalier.*

- **Dr Hélène DE CHAMPS LEGER** - PH - PASS Hôtel-Dieu. *Migrants et prostitution.*

- **Mme Laura BELTRAN** - Psychologue- sexologue / CHU Bicêtre. *Enseigner la santé sexuelle.*

■ 16h45 Conférence 5 :

- **Pr Daniel BORRILLO** : Professeur de Droit / Université de Paris Ouest-Nanterre.

Droits humains / Droits sexuels.

■ 17h15 Clôture du colloque :

- **Mr Xavier REY-COQUAIS** - Vice-Président du COREVIH IDF Sud



Introduction

Dans un contexte difficile de santé publique, qui voit le nombre de patients s'accroître et celui des soignants diminuer, confronté à des maladies devenues chroniques, telles que le sida ou le cancer, comment prendre en charge la santé sexuelle, encore balbutiante en France et pourtant marqueur de la santé globale, qui demande du temps et des compétences ?



ALAIN SOBEL

Doit-on parler de « santé sexuelle » ou plutôt de « qualité de vie sexuelle », « d'intimité », de « sexualité » ? Les mots ont leur importance pour aider à lever les tabous et promouvoir la parole autour des pratiques sexuelles et de la vie intime. Un modèle unique de prise en charge est-il souhaitable pour faire face aux inégalités économiques, sociales, territoriales, et répondre aux spécificités des populations ?

Cette réflexion sur la santé sexuelle existait avant la création des Corevih en 2007, mais leur vocation à coordonner la lutte contre le VIH au sein d'une structure transversale et régionale a contribué à faire un bilan et définir les conditions de sa mise en place dans l'espace public. Sous la houlette de son président, le Professeur Alain Sobel, le Corevih Ile-de-France Sud a donc organisé un colloque sur la santé sexuelle qui a réuni plus de 150 participants le 16 mai 2013 à Paris. L'occasion rare d'échanger entre professionnels de santé et associations leurs diverses expériences de prise en charge, à la fois communautaire, médicale ou régionale, pour imaginer, demain, un réseau public de centres dédiés à la santé sexuelle.



Santé sexuelle pour tous

Dans une époque où l'hypersexualisation envahit les medias et Internet, où les IST sont en constante progression, les notions de sexe, sexualité et santé sexuelle se mélangent, ajoutant à la confusion des genres. Pour Alain Giami, directeur de recherche à l'INSERM et co-directeur du diplôme universitaire « Approches psychosociales en santé sexuelle » à l'Université Paris V, une chose est sûre : « Le concept de santé est une valeur centrale du monde contemporain. Celui de santé sexuelle, prônant l'idée selon laquelle la sexualité ne se réduit pas seulement à une pratique de reproduction, mais participe aussi à une meilleure santé et au bien-être, a nécessité un cheminement plus progressif. » En effet, la prise en compte de la vie sexuelle a tardé avant d'intégrer les domaines de l'enseignement et de la recherche, de faire l'objet de publications et de colloques, et avant d'avoir des centres spécialisés, principalement à l'étranger. « En France, la mise en place de centres de santé sexuelle dans le secteur public laisse à désirer... » déplore Alain Sobel.

- **Qu'est-ce que la santé sexuelle ?**

Depuis 2006, l'OMS a convenu d'une définition de travail : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité ; ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. 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 qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. » Un concept né d'un consensus international : si le sexe est bon pour la santé, celle-ci favorise aussi une vie sexuelle épanouie. La santé sexuelle devient alors un droit humain



qui participe à l'évolution des idées en matière de sexualité, mot apparu seulement en 1838...

- **Un peu d'histoire...**

C'est au début du 20^e siècle que naît l'idée selon laquelle la libération sexuelle participe à l'émancipation sociale. Dans les années 30, le psychiatre et psychanalyste Wilhelm Reich considère que le monde ouvrier doit sortir de la misère sexuelle qui entrave son affranchissement et peut conduire au cancer. Freud, lui, n'a fait que la moitié du chemin : le célèbre inventeur de la psychanalyse pense que la frustration sexuelle des femmes de la bourgeoisie viennoise est la cause de leurs maladies mentales, sans aller jusqu'à dire que la satisfaction sexuelle peut être associée à une bonne santé... Il a fallu attendre les années 60, la découverte de l'orgasme et la pilule contraceptive pour que la médecine légitime enfin la vie sexuelle non reproductive. Le 13 mai 1968, à la Conférence internationale de Téhéran, est esquissé pour la première fois le droit des femmes de choisir librement le nombre et l'espacement de leurs enfants. Une position corroborée par l'OMS en 1975 lors d'un séminaire regroupant des sexologues nord-américains et européens qui élaborent une première notion : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour (...) L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST. » La sexualité tend à se libérer de son acception médicale bien que paradoxalement, on lui associe désormais le mot santé... Mais, decode Alain Giami, « la santéisation de la sexualité amène des questions qui ne sont pas dans le champ de la médecine. » L'OMS détermine alors trois niveaux d'intervention de la santé sexuelle : l'éducation (médecine préventive), le counselling (accompagnement et conseils) et la théra-



pie (traitement des dysfonctions sexuelles, dont l'arrivée du viagra contribuera à l'essor). Mais cette conception de prise en charge recouvrant des réalités sexuelles multiples va dérouter des professionnels de santé déjà peu à l'aise avec le sujet et diviser le travail en fonction de leurs qualifications, avec des approches collectives, individuelles, et bientôt communautaires.

En 1987, une approche plus individualiste de la santé sexuelle émerge. Lors d'une réunion à Copenhague, l'OMS réaffirme l'importance de la procréation et de l'enfantement non contrôlés... « Le but des politiques, des programmes et des services concernant la sexualité n'est pas d'atteindre un niveau mesurable de santé sexuelle dans la population, mais de donner aux individus la capacité de satisfaire leurs besoins et de leur donner les ressources personnelles pour affronter leurs problèmes et leurs difficultés. » Puis, à la conférence de Vienne en 1993, une position plus universaliste entend lutter contre les inégalités de genre, la violence faite aux femmes et l'idée d'une « sexualité satisfaisante » apparaît au Caire en 1994. A la conférence mondiale de Pékin en 1995, le principe d'égalité entre hommes et femmes en matière de sexualité et de procréation est acté.

- **Les années sida**

Face aux années noires d'une maladie pourtant sexuellement transmissible, peu de sexologues s'intéressent à la question. En France, un seul d'entre eux, Jacques Waynberg, crée un diplôme de sexologie, puis forme les salariés de Sida Info Service. Mais le premier qui comprend l'importance de ne pas circonscrire la sexualité aux risques de contamination pour mieux ainsi en percevoir les facteurs, est un sociologue, Jacques Gagnon, qui écrit en 1988 dans le Journal du Sida : « Il faut cesser d'aborder la sexualité dans la perspective du sida et commencer à aborder le VIH dans la perspective de la sexualité et de la santé sexuelle. » Longtemps les politiques sanitaires axeront le discours préventif



sur le risque, par exemple, d'érotiser le préservatif, comme une incapacité à considérer la sexualité dans sa dimension positive, préférant celle d'une maladie...

- **Droits sexuels**

En 1999, l'Association mondiale de santé sexuelle revendique le droit à la liberté sexuelle, au plaisir, à l'intégrité et à la sécurité du corps sexuel, à la vie privée, à une éducation sexuelle complète et à des services médicaux dédiés à la sexualité. Puis lors d'une conférence de l'OMS au Guatemala, apparaît l'idée de la responsabilité individuelle en matière sexuelle : autonomie, réciprocité, honnêteté, respect, consentement, protection, poursuite du plaisir et du bien-être. D'inspiration anglo-saxonne, ce texte ne fait pas apparaître une notion chère à la France : la dignité de la personne humaine. En 2001, le ministère de la santé du gouvernement Clinton veut responsabiliser la vie sexuelle des communautés et lance un appel à l'action, « Call for action » : chacun doit être capable d'évaluer son comportement, les conséquences de ses actes et même pratiquer l'abstinence. La santé sexuelle se moralise... A contrario, la Grande-Bretagne défend la liberté sexuelle si elle n'implique pas de dépenses de santé pour la collectivité. C'est un échec : augmentation des maladies vénériennes, nombre le plus élevé d'Europe d'adolescentes enceintes, etc. Mais le pays reconnaît ses manques, contrairement à la France...

- **Santé sexuelle à la française !**

Inscrite dans la Constitution française en 1946, la santé devient une des valeurs centrales de la société. Quoique le bien-être soit physique, mental et social, les Français gardent une vision médicale de la santé sexuelle. Les premiers à s'y pencher sont les sexologues, au début des années 2000. « La question n'est pas de savoir pourquoi la santé sexuelle n'est pas apparue plus tôt en France, mais pourquoi maintenant ? » interroge Alain Giami.



Comme toute maladie devenue chronique qui altère la vie sexuelle, le VIH va contribuer à la prise de conscience. Après le « deuil du deuil » qui a suivi l'arrivée des trithérapies, nombre de per-



ALAIN GIAMI ET JANINE PIERRET

sonnes séropositives avaient déserté la vie intime et sexuelle... « Les autorités n'ont pas eu d'autre choix que de nous laisser travailler sur le VIH et l'homosexualité, mais pas sur la santé sexuelle... Comment faire avancer la sexualité dans sa globalité ? » réagit Gérard Pelé, fondateur de l'association Santé et plaisir gai, ancien fonctionnaire à la DGS. En 2010, la Fédération française de santé sexuelle est créée, tandis que le Comité de pilotage (Copil 2010-2014) préconise d'expérimenter des centres de santé sexuelle et de réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST à l'instar du Centre de santé sexuelle de la Réunion ou du réseau régional des Pays de la Loire.

- **Des problèmes persistent**

Bien qu'ils soient confrontés aux questions de sexualité, beaucoup de soignants manquent de connaissances en santé sexuelle. « En l'absence de formation, ils travaillent selon leurs ressources personnelles. Peut-on laisser la délivrance du soin aux différentes subjectivités et idéologies individuelles ? » se demande Alain Giami. Des hommes évitent d'ausculter les femmes par peur d'être accusés d'abus sexuels, des femmes fuient les hommes par peur d'être harcelées... « C'est un système défensif qui protège le soignant au lieu de penser à l'intérêt du patient. Il y a une absence de conception positive de la sexualité, de recherches pluridisciplinaires et d'une politique publique unifiée. » L'INSERM a créé, il y a huit ans, une unité « Genre, santé sexuelle et reproductive » que dirige Alain Giami, mais peu de soignants ont



suivi ce cursus. « Ceux qui s'intéressent à ces questions sont perçus comme des obsédés sexuels ! »

En 1975, Roland Barthes avait cette formule : « L'opinion courante veut toujours que la sexualité soit agressive. Aussi, l'idée d'une sexualité heureuse, douce, sensuelle, jubilatoire, on ne la trouve dans aucun écrit. Où donc la lire ? Dans la peinture, ou mieux encore : dans la couleur. » Quarante ans plus tard, la santé sexuelle existe, mais il reste beaucoup de palettes à inventer.

Expériences plurielles d'une approche particulière

Comment parvenir à une réflexion globale sur la santé sexuelle avec des expériences de prise en charge communautaires, médicales ou régionales complémentaires ? Un modèle unique est-il souhaitable afin que patients et soignants échangent davantage sur les questions de sexualité ? Face aux freins et aux leviers, le débat est lancé...

Longtemps la qualité de la vie sexuelle n'a pas été la priorité des personnes touchées par le VIH ou le cancer. Maladies devenues chroniques, la prise en charge de la santé sexuelle ne semble pas être davantage la préoccupation de la plupart des soignants... Des études et des expériences diverses en ont pourtant montré l'importance dans le parcours de soins. Si les acteurs de santé sont prêts à mutualiser leurs compétences, certains craignent que leur savoir-faire ne soit dilué dans des dispositifs universels. « On est capable de créer des programmes de santé sexuelle avec des groupes particuliers, mais comment le faire pour l'ensemble de la population ? Au lieu de penser à des structures pour optimiser les coûts, la santé publique doit d'abord s'interroger sur les besoins spécifiques des personnes » revendique Jean-Marie Le Gall de Aides. Quels sont-ils, et de quelle santé sexuelle parle-t-on ?



- **Des réalités diverses**

Les associations de patients estiment la vision des soignants sur la santé sexuelle trop souvent manichéenne : le patient souffre-t-il ou pas ? L'éducation à la sexualité demeure trop médicalisée aux dépens d'une approche globale des sexualités. « L'épidémie à VIH nous a obligés à faire un lien entre la recherche du plaisir et les risques associés, explique Jean-Marie Le Gall. Il faut réfléchir à produire de la santé plutôt qu'uniquement du soin, en s'appuyant sur nos savoirs profanes et communautaires, comme on l'a fait avec la réduction des risques malgré la défiance des autorités sanitaires. L'histoire se répète avec le Tasp et la Prep. (Tasp : Treatment As Prevention, Prep : Traitement Pré Exposition) »



JEAN-MARIE LE GALL

« Pourquoi les soignants ne sont-ils pas capables de partager l'info sur la réduction du risque de contamination sous traitement ? Les personnes concernées ont souvent une longueur d'avance sur les politiques publiques » poursuit-il. C'est aussi le constat de Carine Favier, médecin en maladies infectieuses depuis vingt-deux ans, coprésidente nationale du Planning familial et membre du Corevih Languedoc-Roussillon. « La vision procréative de la sexualité féminine perdure. Aux conférences mondiales sur le sida, les sessions sur les femmes traitent toutes de la santé reproductive, mais pas de la sexualité, ça suffit ! » La médicalisation peut certes légitimer le fait d'aborder la sexualité, mais en réduisant l'étendue de son champ...

- **De nombreux freins**

Dans les programmes de santé publique, la notion de santé sexuelle a beaucoup de mal à émerger et les discours des soi-



gnants sont fluctuants... « Comment un patient peut-il bénéficier d'une bonne prise en charge s'il se sent stigmatisé au regard de ses pratiques sexuelles ou du nombre de ses partenaires, si la santé publique déclare que pour réduire le risque de VIH, il faut en diminuer le nombre ? » interroge le militant de Aides. La position médicale est parfois culpabilisante, elle est aussi influencée par de fortes représentations sociales.

Une enquête a révélé que de nombreux gynécologues n'abordent plus la question des IST avec les femmes de plus de 30 ans, estimant qu'une fois mariées, puis éventuellement ménopausées, cela ne les concerne plus ! « Les problèmes d'IVG, par exemple, sont davantage un problème de reconnaissance sociale qu'un manque d'accès à la contraception dans une sexualité hétéro normative où les filles doivent être sentimentales, etc. » analyse le Dr Favier.

Si l'objectif premier reste d'éliminer les problèmes de santé sexuelle (grossesse non désirée, VIH, IST), il faut accompagner le patient dans son cheminement individuel. « L'action communautaire refuse de responsabiliser à outrance l'individu car l'approche sanitaire ne se préoccupe pas assez de l'environnement économique, politique, culturel et social dont dépend la santé sexuelle » expose Jean-Marie Le Gall. « Pour améliorer la santé sexuelle, il faut faire bouger les normes, lutter pour l'égalité des droits et contre les discriminations » renchérit Carine Favier. « Le débat sur le mariage pour tous a permis d'identifier les ennemis de la santé sexuelle des gays. Il va falloir les faire changer d'avis...insiste Jean-Marie Le Gall. Si tous reconnaissent un système de santé français excellent, ils pointent du doigt ses écueils : manque de formations, d'informations et de connaissances de la sexualité dans toutes ses dimensions, notamment avec les nouvelles addictions associées (slam, etc.)



- Femmes sous influence

« Si on ne réfléchit pas à un projet social pour favoriser l'autonomie des femmes, il se fera avec les normes d'aujourd'hui dictées par la famille, la médecine, la religion... » prévient la co-présidente du Planning familial. L'association a mené, entre 1998 et 2013, un programme de réduction des risques sexuels auprès de 9 000 femmes, soutenu par la DGS. Une opportunité rare de parler désir et plaisir sexuels, au lieu du sempiternel discours sur la santé. Bien qu'elles aient encore besoin d'être informées sur la contraception, les IST et le VIH, les femmes ont pu exprimer leur manque de légitimité sur la sexualité, notamment pour celles qui sont séropositives chez lesquelles la prise de risques sexuels et d'éventuelles addictions sont socialement moins admises que chez les hommes. Les soignants ne prennent pas assez en compte les représentations féminines et masculines qui participent de façon différente au risque de contamination par le sida. Elles regrettent aussi que les consultations sexologiques soient souvent animées par des hommes. « On pense que les femmes ne veulent pas parler de sexualité, mais lorsque l'une d'entre elles, séropositive, a fait une consultation autour des questions de sexualité, la file active était de 150 personnes ! » raconte Carine Favier.

- Des propositions concomitantes

La perspective d'une création de centres sexuels pour accompagner les personnes dans leurs choix est favorablement accueillie par les acteurs de santé qui insistent cependant sur la mise en réseau de ce qui existe déjà. « Ces réseaux ne doivent pas mettre les personnes sur des rails. Travailler sur l'amélioration de sa santé sexuelle, c'est travailler sur son émancipation » affirme Jean-Marie Le Gall. Pour faciliter la gestion de leur santé sexuelle, Aides propose aux usagers de lieux de sexe un dépistage rapide sur place. « On pourrait aussi bien imaginer faire un frottis vaginal dans un camion pour les femmes dans les cités. La promotion de la santé, c'est d'abord de défendre les intérêts des groupes qui



en sont le plus éloignés.

» Décloisonner, démedicaliser, dépsychologiser, tels sont les enjeux de demain. Parler de sexualité dans des lieux diversifiés, créer des espaces de paroles pour hommes et



CARINE FAVIER

femmes, développer les consultations de sexologie dans les lieux de soins, les pistes sont nombreuses. Encore faut-il se mettre d'accord sur une appellation commune. Faut-il parler de « qualité de vie sexuelle » plutôt que de « santé sexuelle », afin que les objectifs soient plus centrés sur la parole des personnes que sur des objectifs épidémiologiques ? « Je préfère dire « espaces autour de la sexualité » car l'approche globale d'éducation à la sexualité qui intègre le plaisir, le respect, la contraception, les IVG, les IST, le VIH, les violences, etc., dépasse le cadre de la santé » propose le Dr Favier. « Avant de figer les dispositifs, expérimentons et évaluons. Mais rien ne se fera sans nous ! » prévient le représentant d'Aides. « Il faut compléter les dispositifs existants pour construire une culture commune en dehors d'un schéma institutionnel. Si les acteurs de terrain ne sont pas associés, les structures médicalisées ne correspondront pas aux besoins » conclut le Dr Favier. Actuellement, le planning Familial développe un projet territorial de réseaux de contraception avec des pharmaciens, médecins, sage femmes, infirmières scolaires et animateurs de prévention.

- **Cancer et sexualité, les liaisons dangereuses**

En France, chaque jour, 1 000 nouvelles personnes apprennent qu'elles ont un cancer, dont les plus fréquents sont ceux du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme. Les cancers sont un problème de santé publique majeur avec une forte morbidité sexuelle due aux traitements invasifs comme la chimiothérapie.



En 2008, une enquête nationale intitulée « La vie deux ans après le cancer » a montré que 2 malades sur 3 ont encore des séquelles sur leur vie sexuelle et intime. Ces troubles sexuels ont longtemps été considérés comme secondaires face à une vie en danger. Depuis quelques années, bien que la maladie soit devenue chronique (dans la plupart des cas, un pronostic de survie de 80 % à 5 ans), la sexualité et les projets de vie restent peu pris en compte, au gré de l'empathie et de la motivation du médecin... Pourtant, il a été prouvé que le maintien d'une activité sexuelle et le soutien du partenaire ont un impact positif notamment sur l'observance, pouvant améliorer le pronostic.

Il y a trois ans, après une enquête auprès de soignants sur la demande oncosexologique de leurs patients, Pierre Bondil, oncologue et chirurgien urologue à l'hôpital de Chambéry a créé un groupe de soins de support pour mieux prendre en charge les effets indésirables des traitements. Une sensibilisation a également été menée pour les professionnels de santé de l'Arc alpin (Savoie, Haute-Savoie, Isère) pour améliorer l'offre de soins et les réseaux régionaux de cancérologie. « Pour la majorité des médecins, la santé sexuelle n'est pas une priorité. Certes, ils la jugent intéressante, mais ne savent pas comment s'y prendre » admet-il. Soignants et patients semblent désespérés, entretenant un monde du silence qui devient pour tous un parcours de combattant...

Face à ce constat, des actions concrètes ont été réalisées. Les professionnels de santé ont été informés à travers des réunions locales, régionales et nationales, pour identifier, puis former les plus motivés. Mais cela ne suffit pas. « Il faut structurer la chaîne de soins, en identifiant le rôle des soignants, en informant les institutions et les associations de patients en oncologie.



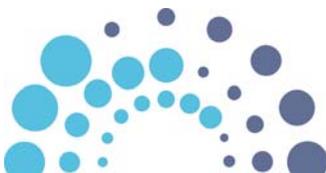
Cela requiert un gros investissement ! » Avec l'Association française de soins de support (AFSOS) et l'Association des coordinateurs de cancérologie (ACORESCA), un référentiel mondial des bonnes pratiques cliniques sur « cancer, santé



PIERRE BONDIL

sexuelle et intimité » a été créé pour définir à chaque étape les priorités pour le patient et les soignants. Aux réseaux régionaux d'établir à présent un annuaire régional diffusé aux professionnels de santé et aux associations de patients, comme outil de communication. « L'objectif n'est pas de transformer les professionnels de santé en sexologues, mais en acteurs de santé sexuelle et de qualité de vie, et que chacun trouve sa place dans le parcours de soins » conclut le Dr Bondil.

Alain Giami, directeur de recherches à l'INSERM et spécialiste de la santé sexuelle, tente un parallèle. « Contrairement aux acteurs de la lutte contre le sida et du Planning Familial, les cancérologues ont conscience de leur ignorance des questions liées à la sexualité. Alors que les premiers croient les connaître. Ils ne parlent pas de formation, or dans ce domaine, rien n'est acquis. Si la problématique principale est le maintien de la santé, l'on pense souvent à tout sauf à cela lors des rapports sexuels... Il reste du chemin à faire pour combiner les deux aspects. »



Dr Michel Ohayon : « Depuis trente ans, tous les gays vivent avec le VIH »

Ouvert depuis le 1er février 2010 avec l'aide de Sida Info Service, « le 190 », situé boulevard de Charonne à Paris est un centre référent en santé sexuelle et gay, qui accueille ceux qui le souhaitent quelque soit leur sérologie VIH. Son directeur, Michel Ohayon, explique la raison d'être d'un lieu atypique.

- Pourquoi avoir créé « le 190 » ?

Nous voulions ouvrir un espace dédié aux IST et au VIH, où la dimension sexuelle est au centre de la prise en charge, dans une région, l'Ile-de-France, concentrant 50 % de l'épidémie. Un centre de santé n'est pas censé viser des communautés, mais comment faire autrement lorsque les homosexuels représentent 1 % de la population active sexuelle et 50 % des nouvelles contaminations par le VIH ? Notre objectif est double : accueillir des personnes séropositives souhaitant bénéficier d'une prise en charge ambulatoire spécialisée sans craindre d'être stigmatisées et d'autres pour un « contrôle technique ». Nous proposons un dépistage des IST, basé sur les pratiques, non sur les symptômes : 30 % des résultats sont positifs. Cette approche nous permet d'aborder toutes les pratiques sexuelles. Si nous sommes ouverts à tous, notre priorité reste de prendre en charge les « mauvais garçons », ceux qui ne se protègent pas, prennent des drogues ou sont multipartenaires. Nous avons acquis une place dans l'offre de soins parce que nous limitons notre activité à ce que les autres ne font pas.

- En quoi le centre est-il atypique ?

Nous recevons des hommes et des femmes, homos et hétéros, même si les gays sont majoritaires. C'est le reflet de l'épidémie. La première caractéristique du 190 est d'accueillir côte à côte séropositifs et séronégatifs dans une unité de lieu, de temps et d'équipe. Aujourd'hui, ce n'est pas efficient au sein d'une minorité



aussi touchée par le VIH de distinguer les sérologies. Depuis trente ans, tous les gays vivent avec le VIH. L'apartheid sérologique est totalement aboli car la consultation est assurée par une même équipe soignante aux compétences



MICHEL OHAYON

multiples. Cela nous permet de promouvoir de manière efficace le traitement précoce de la séropositivité et le traitement de la primo-infection. Toute découverte de séropositivité est une urgence médicale. On ne peut pas laisser un patient attendre trois semaines un rendez-vous médical car l'annonce de la séropositivité signifie encore l'idée de mort. Nous l'accompagnons pour l'aider rapidement à reprendre le cours de sa vie.

Les intérêts des séropositifs et des séronégatifs sont convergents, notamment dans la promotion du TasP (traitement comme outil de prévention et de réduction de la contamination). Le 190 sert à recevoir des personnes qui hésiteraient à aller ailleurs, et elles sont nombreuses. Face à un séropositif qui a des pratiques « hard » non protégées, quelles compétences peut offrir un médecin généraliste ? A un moment donné, il faut des spécialistes !

- **Est-ce un centre de prévention ou de soins ?**

C'est une question récurrente. Nous faisons de la prévention par le soin. Dans un pays grand consommateur de soins, le médical devient l'appât pour sensibiliser à la prévention les personnes venant en consultation. On reste souvent dans une dissociation : la prévention et le dépistage d'un côté, le soin et le suivi des patients de l'autre, comme si c'était deux choses séparées. Cette stratégie a pu faire ses preuves dans la population générale, mais pas chez les gays ! L'épidémie n'a jamais été aussi concen-



trée car la prise en charge reste inadaptée à une minorité confrontée à des épidémies diverses (IST, VIH, addictions, troubles sexuels, etc.) dues à des pratiques sexuelles spécifiques. Un travail d'évaluation avec L'INSERM et un laboratoire est en cours pour mesurer l'impact de notre travail sur la prévention. Chez nos usagers séronégatifs qui entrent dans notre programme de santé sexuelle, vus au moins deux fois à un an d'intervalle, l'incidence du VIH est inférieure à 0,5 %.

- **Un de vos principes est le non jugement...**

J'ai longtemps promu le non jugement, mais je dois avouer qu'on atteint ses limites. Lorsqu'une personne vous raconte se faire « fister » par deux autres lors de rapports non protégés, on ne juge pas, mais on n'en pense pas moins ! Si l'on veut parler sexualité sans la réduire aux risques, proposer le bien-être sexuel comme stratégie de lutte contre la morbidité, on n'est plus dans l'approbation ou la désapprobation, mais face aux modes de vie sexuelle d'une communauté qu'il faut connaître. Cela ne suffit plus de ne pas juger, il avancer avec les patients.



Un réseau régional de santé sexuelle unique en son genre

Depuis 2011 existe dans Les Pays de la Loire un réseau régional de santé sexuelle unique en France, soutenu par l'ARS et créé avec l'aide du Corevih présidé par le Dr Eric Billaud. « Le réseau ville hôpital était en difficulté avec une baisse des financements et des menaces de licenciements. Les Pays de la Loire ont la chance d'avoir un groupe « promotion d'un bien-être affectif et sexuel ». Nous avons alors pensé fédérer nos efforts autour de cette thématique, élargir le champ des compétences et regrouper tous les acteurs de terrain concernés pour obtenir une action cohérente. » Doté d'une enveloppe globale de 460 000 euros de l'ARS sur trois ans et de 150 000 euros du Corevih, le réseau régional s'est mis en place avec un chargé de mission qui pendant un an a établi un état des lieux et accompagné la transformation des réseaux existants (ville hôpital, hépatites, genre et sexualités...) en un seul réseau régional, élargi aux départements limitrophes de la Vendée et de la Mayenne.

Aujourd'hui, il fonctionne avec une directrice administrative, et sont en cours de recrutement, un directeur médical adjoint et des animateurs territoriaux. Structure indépendante de type loi 1901 dans laquelle ont fusionné toutes les associations partenaires, elle est gérée, sans président élu, par 18 administrateurs dont la Fédération du Planning familial, Sida Info Service, Aides, des médecins en activité libérale ou le Corevih qui s'est fortement impliqué dans sa création.

« Il n'y a pas de concurrence, mais une vraie complémentarité. Le défi à relever était de trouver une cohérence entre les deux structures, mais aussi avec d'autres réseaux de bénévoles et de professionnels de santé engagés sur le territoire, en tenant compte de leur hétérogénéité et de leur volonté de modifier leur statut



pour élargir leurs actions à la santé sexuelle. » Dans un premier temps, il a fallu s'accorder sur les définitions. Selon l'OMS, si la santé sexuelle ne se borne pas au seul « bien-être sexuel », qui doit être aussi « physique, mental et social », cela sous-entend que le réseau doit prendre en charge un vaste territoire de compétences : contraception, pilule du lendemain, violences, handicap, sexualité en institution, etc. Le réseau a dû expliquer sa démarche via des phases de concertation, des réunions départementales, la rédaction d'un document de travail, pour rassurer tous les partenaires et organiser le rôle de chaque délégation territoriale déjà existante dans la constitution de ce réseau.

« Beaucoup d'associations et de professionnels avaient des expertises en santé sexuelle qu'ils ne souhaitent pas voir diluer à l'intérieur d'une coordination » explique le Dr Billaud. Comment inscrire le réseau sur les territoires ? Quelle est la place du soin et de la prévention ? L'heure est encore au questionnement et le réseau est parfois interpellé sur sa légitimité. « Nous n'avons pas le monopole de la réflexion sur la santé sexuelle. Nous sommes un tremplin pour les centres de santé sexuelle bourgeonnant autour des fusions CDAG/CIDDIST et certaines collectivités de communes se saisissent maintenant de la thématique. Aujourd'hui, c'est la mise en œuvre qui prime avec l'envie de créer un annuaire opérationnel » conclut Eric Billaud.



Dr Gilbert Bou Jaoudé : « Un patient séropositif sur deux a un problème sexuel »

Sexologue, Gilbert Bou Jaoudé a mis six ans à convaincre les responsables de l'Unité des maladies infectieuses de l'hôpital de Tourcoing d'ouvrir une consultation de médecine sexuelle pour les patients séropositifs. Il raconte son expérience.

- « Introduire » la santé sexuelle dans la prise en charge a-t-il été difficile ?

C'est une constante des pathologies chroniques : la problématique sexuelle se pose uniquement si la durée de vie des patients paraît suffisante... Pour le VIH, il a fallu aider les patients à se libérer de la morbidité et de l'opprobre social dans lesquels plonge la maladie pour qu'ils se préoccupent enfin de leur santé sexuelle. Mais il n'y a pas de consensus médical sur la prise en charge de la dysfonction sexuelle chez les personnes séropositives.

- Pourquoi vous êtes-vous intéressé à leur santé sexuelle ?

Passée l'explication triviale que l'infection est « sexuellement » transmissible, il y a la réalité des études : si 25 % de la population a des dysfonctions sexuelles, plus d'un patient séropositif sur deux a une problématique sexuelle



GILBERT BOU JAOUDE

dont la plupart attendent de la part du professionnel de santé qu'il amorce le sujet. C'est capital de ne pas l'occulter car le problème sexuel est généralement ancien avec un retentissement au-delà de la sexualité. Il altère la qualité de vie, la relation avec son/sa partenaire, le moral, le travail...



- **En quoi une dysfonction sexuelle pèse davantage sur le patient séro-positif ?**

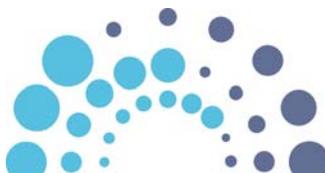
Sans être forcément liée au VIH, la dysfonction sexuelle peut contribuer à l'aggravation de son état de santé, révélant parfois des pathologies infra-cliniques (coronaropathie, hypogonadisme...), des comportements sexuels addictifs qui majorent le risque d'IST, ou une non observance aux traitements antirétroviraux jugés responsables des problèmes sexuels. Or la cause est le plus souvent liée aux drogues, au tabac, à l'hépatite C ou à une dépression cachée mise à jour par la problématique sexuelle. On ne peut pas tricher avec le sexe...

- **Comment prendre en charge et améliorer la santé sexuelle ?**

La sexualité n'obéit à aucune norme, elle n'est pas innée, mais elle s'apprend. C'est toute la difficulté de la prise en charge. Néanmoins, en médecine sexuelle, le taux de réussite des thérapies est très élevé, avec ou sans traitements médicamenteux. Nul besoin d'être sexologue pour discuter de santé sexuelle, un soignant peut permettre à un patient de comprendre s'il souffre ou non de son fonctionnement sexuel. Il faut différencier la sexualité de la santé sexuelle. Parler de sexe n'est pas mon rôle. Je reste dans celui du médecin qui s'intéresse au bien-être sexuel sans jouer à l'inquisiteur.

- **Quelles sont les difficultés du soignant face à la santé sexuelle ?**

Personne ne nous a appris que parler de santé sexuelle fait partie de notre job, comme prendre la tension ou la température. Or l'organisation de la prise en charge des personnes séropositives n'offre pas d'espace à la problématique sexuelle. Il faut y remédier. D'abord, admettre l'idée que c'est un sujet gênant même en consultation de sexologie ! Savoir aussi à quel moment en parler. Plutôt au milieu d'un rendez-vous qu'au début ou à la fin. Le patient qui fait le premier pas témoigne d'une preuve de confiance absolue, alors surtout, il ne faut pas botter en touche !



Le soignant qui ne souhaite pas en parler, pour moult raisons, doit le rassurer, et l'orienter. Trop de personnes croient être seules à vivre cette situation... On peut aussi poser des questions ouvertes, mais je préfère être direct. Si je suis convaincu qu'interroger une personne sur sa santé sexuelle fait partie de mon boulot, il n'y a pas de raison de tourner autour du pot ! Encore faut-il que le patient veuille bien être aidé...

Centre régional de santé sexuelle : la possibilité d'une île

A 11 heures d'avion de la métropole, la Réunion, département d'outremer depuis 1946, porte bien son nom. En 2009, l'île de 2500 km² a regroupé au sein du CHU Nord, CIDDIST, CDAG, service de gynécologie-obstétrique et associations pour créer le premier centre régional de santé sexuelle. Un lieu où convergent toutes les sexualités.



CATHERINE GAUD

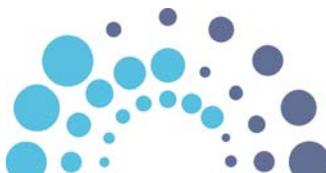
Présidente du Corevih de la Réunion et pédiatre, Catherine Gaud sait communiquer son enthousiasme pour sa région qui a fait de sa toponymie un atout : « un des rares endroits où malgré les différences, on vit avec l'impression d'être un seul et même peuple. » Dans ce climat favorable, s'est créé dès 2002, un groupe de travail « santé sexuelle » constitué de trois associations de lutte contre le sida, trois CIDDIST/CDAG, du rectorat, des missions locales, d'anthropologues et sociologues pour élaborer des campagnes de prévention ciblées aux Réunionnais. Les bases d'une



nouvelle approche sanitaire sont lancées. « La prise en charge était très compartimentée, les structures de soins s'occupaient des mêmes domaines cloisonnant les acteurs et excluant le milieu associatif » explique-t-elle. Quant à la sexualité, elle est taboue, absente du cursus des soignants mal à l'aise pour l'évoquer en consultation... Un constat national, mais la démarche est insulaire. « Pour bénéficier d'un bien-être sexuel, il faut avoir accès à des services complets et intégrés d'informations, de prévention et de soins.» La voie est libre : seuls deux sexologues officient sur l'île...

- **Une prise en charge globale de la sexualité**

En 2009, le plan national de lutte contre le VIH/sida encourage CIDDIST et CDAG à évoluer en centre de santé sexuelle pour mutualiser les moyens autour de 3 pôles : infectiologie, fertilité/contraception et sexologie. Le site nord du CHU est le premier à l'expérimenter, piloté par une équipe pluridisciplinaire formée à la santé sexuelle : médecins, infirmières, sexologue, gynécologue obstétricien, sage femme de la planification familiale, conseillère conjugale, psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux et associatifs. « Du médecin à l'agent de nettoyage, chacun est un maillon de la chaîne du soin, formé pour mieux accueillir les patients. » La gageure est de taille : regrouper en un même lieu les compétences diverses offrant une prise en charge globale des problématiques liées à la sexualité afin de permettre à chacun de pouvoir mener une vie sexuelle libre, épanouie et responsable. Des consultations gratuites pré et post IVG, contraception, grossesse, éducation à la sexualité, dépistage du VIH et soins des IST, groupes de parole, rencontre avec une sexologue, une psychologue, une assistante sociale, distribution de préservatifs masculins et féminins, brochures... Quelle que soit sa demande, le patient est orienté selon ses besoins.



Bien qu'à l'intérieur de l'hôpital, le centre de santé sexuelle souhaite redonner au mot hospitalier son véritable sens. Le patient pénètre par un jardin créole multicolore, puis dans un espace associatif doté d'un bar avec café, thé, télé, jeux pour enfants... « Le centre conjugue les services d'un hôpital et les avantages d'une association. On s'intéresse d'abord à la personne avant sa pathologie. » Un dispositif qui ne s'est pas créé sans mal. Adapter les locaux, déterminer quel pôle allait payer les travaux, répartir les recettes, aujourd'hui, le centre fonctionne avec les moyens cumulés du CIDDIST, CDAG et du service gynéco-obstétrique. Avec une file active de 800 personnes séropositives, 4 000 dépistages et 3 000 consultations d'orthogénie annuelles, ici se côtoient (avec des jours dédiés) femmes, jeunes, personnes séropositives (et leurs partenaires), homos-bisexuels, transgenres, prostituées, personnes âgées, handicapées, migrantes... Malgré les résistances de médecins inquiets d'accueillir dans un même service enfants et transsexuels ou de Réunionnais pour qui l'IVG (deux fois plus qu'en métropole) est désapprouvée par les croyances et religions. Le centre a également mis en place un bus santé qui sillonne l'île pour sensibiliser les plus démunis ou les plus éloignés géographiquement au dépistage (IST, diabète, obésité, hypertension) et à la prévention. Si l'épidémie de sida semble contenue (15 déclarations de séropositivité par an pour 840 000 habitants), la moitié des nouveaux cas concerne les homos-bisexuels, avec une recrudescence de syphilis et de chlamydiae.

Le centre travaille en réseau ville avec les professionnels du soin, de l'action sociale, de la justice et du milieu associatif. D'autres unions sont prévues avec la Maison maternelle, le planning Familial et la Kaz'ado, une maison pour adolescents. Sur cette terre de métissage qui compte 52 % d'habitants vivant sous le seuil de pauvreté, 110 000 illettrés et 30 % de chômeurs, le



centre de santé sexuelle a pour maxime un dicton local : « Perde pas courage, si ou croi ou na raison, ou va gagné ! »

Aborder la sexualité, une sinécure ?

Évoquer la vie sexuelle dans une relation thérapeutique est difficile, la parole est taboue et les espaces dédiés, rares. En groupe de parole ou en consultation, à l'hôpital ou en ville, des soignants militent pour une santé sexuelle adaptée à une patientèle très diverse.

« Ne pas parler de sexualité, c'est ne pas parler de soi » dit le chorégraphe Michel Conte. Pour remédier à cet écueil dans la prise en charge des patients, certains soignants sont prêts à partager leurs expériences. La santé sexuelle, loin d'être généralisée en France, reste conditionnée par une file active VIH très diverse aux attentes différentes (gays, migrants, prostituées...), obligeant le corps médical à se remettre en question.



ANNE SIMON

Depuis 1985, l'hôpital de la Pitié Salpêtrière a des groupes de parole consacrés au VIH. Mais face à une maladie chronique, aux conséquences psychologiques et sexuelles complexes, les équipes soignantes se sont senties parfois dépassées... En 2002, le service de médecine interne a mis en place l'éducation thérapeutique incluant une approche de la sexualité. Puis, en 2007, un groupe de supervision s'est créé, composé de médecins, infirmiers, pharmaciens, d'un médiateur et d'un cadre de santé,



pour s'interroger une fois par mois, sur la manière d'aborder la santé sexuelle en consultation. « La supervision nous permet d'analyser nos pratiques professionnelles, de parler de nos représentations sexuelles et celles des patients, déterminer les conduites à tenir. Nous découvrons d'autres façons de penser, de dire, de décider. Cela nous permet ensuite de mieux en parler avec les patients » relate le Dr Anne Simon, membre du Corevih Ile-de-France Centre. Aidé d'un psychanalyste, le groupe apprend à reconnaître les phénomènes de transfert et de contre-transfert qui pourraient entraver la relation soignant/soigné dans un domaine aussi intime que l'amour et la sexualité. Le défi est de taille pour une équipe confrontée à la barrière de la langue avec des personnes migrantes. « Lors d'un entretien d'éducation thérapeutique, on tente d'explorer avec le patient par des questions ouvertes sa perception de sa sexualité, le risque de grossesse, les comportements à risque, qui ne doivent pas être la seule façon d'aborder le sujet. » Garder la bonne distance, respecter la pudeur du patient, la confidentialité, les soignants doivent sans cesse s'interroger : « Avec quels mots dois-je parler de sexualité ? Qu'ai-je vraiment besoin de savoir ? Si j'évite d'en parler, pourquoi ? » En gardant à l'esprit de se fixer des limites tout en accueillant la parole de l'autre. « On a appris à ouvrir cet espace de parole sur la sexualité, systématiquement proposé, mais pas forcément abordé. »

- **Quand la sexualité stigmatise**

Afin d'appréhender la santé gynécologique et sexuelle de jeunes prostituées étrangères, la plupart africaines non francophones, la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu* qui les accueille a réalisé une enquête auprès de 40 d'entre elles. Les résultats sont alarmants. « Seules 10 % sont régularisées, 2/3 vivent en grande précarité et la moitié n'a pas de couverture médicale, ignorant pouvoir y prétendre » explique Hélène de Champs Léger, médecin généraliste. 77 % n'avaient jamais vu



de gynécologue, 66 % n'avaient pas fait de frottis pour dépister le cancer du col de l'utérus, 32 % utilisent le préservatif, mais 27,7 % déclarent avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires dont la sérologie leur est souvent inconnue... Ayant peu recours à la contraception, certaines ont eu jusqu'à 9 IVG, voulant aussi se prouver qu'elles peuvent tomber enceintes... Quelques-unes souffraient d'une IST, mais pas du VIH ni de la syphilis. Aucune ne connaissait les conduites à tenir en cas d'exposition au VIH...



HÉLÈNE DE CHAMPS LÉGER

Quand bien même elles en ont besoin, leur premier motif de consultation ne concerne pas leur vie sexuelle et affective, mais il est d'ordre médical ou social. « Quand elles viennent pour une angine, elles ne veulent pas qu'on leur parle de leur sexualité, ni être regardées comme des prostituées. Elles vivent une sexualité contrainte, asservies à un réseau de prostitution qui les menace. Leur souci est donc d'abord de rester en vie » raconte le Dr de Champs Léger.

Dans ce contexte douloureux, le médecin peut difficilement évoquer la sexualité comme bien-être sexuel, face à des jeunes femmes dont la culture est très différente... Avec tact, il doit tenter de leur faire prendre conscience des conséquences sur leur santé gynécologique et psychique, en parlant de contraception, de prévention et de leur vécu sexuel. « L'amorce d'un dialogue doit venir du médecin pour établir un pacte de confiance. Elles nient leur situation pour pouvoir la tolérer. Si elles se confient, rarement, c'est qu'elles ont dépassé le seuil de tolérance. »



- **Quand la sexualité se communautarise**

Nouveau président de l'Association des médecins gays (AMG), Nicolas Foureur est dermatologue depuis dix ans dans le quartier parisien du Marais où il reçoit de nombreux patients homosexuels. Une position précieuse de vigie qui lui fait déplorer l'absence d'un véritable centre de santé sexuelle en France... « A Boston, San Francisco ou Montréal, le modèle anglo-saxon a su mettre en place une réponse communautaire pour répondre aux besoins de santé spécifiques de la sexualité gay. Il y a des vigilances particulières, à cause des risques qu'elle fait prendre ou des fragilités psychosociales qu'elle recouvre. » Le Dr Foureur est rigoureux. Un patient qui le consulte pour une éruption cutanée repart le plus souvent avec une demande de sérologie de la syphilis ou du VIH. « J'ai vu une personne en primo infection VIH avec des signes de vascularite et d'hémorragie sous les ongles ! » Être un médecin sensibilisé aux modes de vie et aux pathologies potentiellement liées à l'homosexualité change la relation thérapeutique, autorise davantage l'échange et la réflexion sur les pratiques sexuelles et permet de développer un sens aigu du diagnostic.

Découvrir, par exemple, qu'une brûlure sur des organes génitaux provient de l'utilisation du poppers (produit décontractant utilisé dans la sexualité gay) ou que des boutons sur le visage et le corps d'un patient sont le résultat d'une pratique sexuelle particulière... « Ni le médecin généraliste, ni l'urgentiste n'avaient su établir un diagnostic. C'était pourtant simple, encore fallait-il prendre le temps de discuter avec lui. Après quelques questions, il m'a avoué avoir fait un plan scatologique sous GHB et s'être endormi avec la matière fécale sur lui... Un médecin lambda ne pense pas à tout ça ! Il est parti rassuré avec le traitement adapté. »

Cette approche en santé sexuelle permet à Nicolas Foureur de proposer un meilleur accès aux soins à une patientèle homo-



sexuelle qui redoute parfois de consulter à cause d'une homophobie perçue ou existante. « Certains craignent de parler sexualité et de divulguer leur orientation sexuelle par peur du non-respect de la confidentialité, du rejet ou de la stigmatisation. »

D'autres, en revanche, réclament le droit à l'indifférence, ne voulant pas être pris en charge différemment car ils ne se reconnaissent pas dans cette santé communautaire.

Néanmoins, la patientèle du Dr Foureur s'est diversifiée : des bisexuels préfèrent le consulter en cas d'éruptions génitales au lieu



NICOLAS FOUREUR ET SERGE HEFEZ

d'aller chez leur dermatologue habituel, voire des hétérosexuels envoyés par des collègues pour faire un bilan de santé sexuelle après un risque de contamination au VIH, mais aussi des addicts au sexe, des adolescents, des femmes victimes

de violences sexuelles... Ainsi, il milite pour l'ouverture d'un centre de santé sexuelle en milieu hospitalier, ouvert à tous, même ceux réfutant l'appartenance à une communauté, pour mieux discerner les demandes et accompagner les personnes.

A l'inverse, à l'Institut Alfred Fournier, des ateliers constitués selon l'orientation sexuelle ont été créés pour faciliter la parole sur l'estime de soi, le VIH, la vie affective et sexuelle.

Si les associations de lutte contre le sida ont été précurseurs en la matière, c'est la première fois que ces groupes existent dans le cadre du soin au sein d'un programme d'éducation thérapeutique soutenu par Sidaction et agréé par l'ARS. Co-animé par un éducateur thérapeutique et un « patient ressource » durant cinq



séances de 2h30, l'atelier final est ouvert à un staff de médecins venant à la rencontre des participants. « L'objectif est d'offrir aux patients un espace d'écoute et de dialogue, pour mieux repérer l'impact de la séropositivité sur la vie affective et sexuelle, et pour évoquer, notamment à travers des jeux de rôle, le préservatif, le traitement comme prévention et ses limites, les éventuelles prises de risque... La séropositivité est un élément de leur histoire, pas toute leur vie.

C'est important qu'ils dissocient le discours sur la prévention de celui sur la sexualité et le plaisir sexuel » explique David Friboulet, animateur en éducation thérapeutique, psychanalyste à l'Institut Alfred Fournier. Affirmation de soi, croyances et représentations, résilience, projection dans l'avenir, l'atelier sert à oser s'exprimer dans le respect de l'intimité de chacun. « Avec empathie et non jugement, ensemble, on évalue les stratégies pour anticiper les situations et éviter le rejet. » Une parole enfouie pour certains participants qui n'avaient pu aborder leur séropositivité...



DAVID FRIBOULET

* Ce dispositif a été mis en place suite aux lois anti-exclusions votées en 1998 permettant de traiter les pathologiques chroniques des personnes étrangères.



Stéphane : « Je ne suis plus un sous-gay »

Séropositif depuis 2011, ce participant de l'atelier vie sexuelle à l'Institut Fournier est devenu co-animateur, formé par le comité d'éducation pour la santé de Bobigny.

« J'ai découvert le sida par les medias qui montraient les premiers cas d'homosexuels, contribuant ainsi à créer le mythe de la maladie. Faisant partie d'une population « à risque », je n'ai pourtant jamais été préparé à devenir séropositif. Me sentant coupable, j'ai eu des périodes d'abstinence, puis d'autres où j'étais prêt à tout accepter si on acceptait ma séropositivité. Participer aux ateliers a été une formidable opportunité pour confronter le vécu. Mais parler de sexe, plaisanter, n'était plus aussi facile qu'auparavant, lorsqu'il n'y avait pas de drame lié à ma sexualité... Au début, je me sentais différent, j'avais commis une petite imprudence, j'imaginai la contamination des autres liée à une sexualité débridée. En les écoutant, j'ai pris conscience que la reconquête de l'estime de soi était une démarche commune, peu importait la vie de chacun. Se retrouver, séance après séance, facilite la prise de parole sur un sujet aussi intime que la sexualité. Je n'étais pas jugé, je ne jugeais plus, je ne Me jugeais plus. L'animateur m'a permis de retrouver les mots car je n'avais pas seulement renié mes pratiques sexuelles, mais aussi mon vocabulaire. Partager cela avec des personnes de même orientation sexuelle m'a forcé à verbaliser mes émotions, m'a déculpabilisé.

Je n'étais plus une sous-personne, un sous-gay, qui devait tout accepter à cause de ma séropositivité. Aujourd'hui, ma priorité est ma santé et mon bien être. De participant à co-animateur, il n'y avait qu'un pas. Je suis devenu l'allié qui aide certains à débloquent la parole, avec qui l'on se sent moins seul face au groupe. A taille humaine, les ateliers de L'Institut Fournier sont comme les petits commerces : il faut les maintenir ! »



- Une formation indispensable

Le soignant est à l'instar du patient. Face à la sexualité, il se pose beaucoup de questions. N'ayant pas été initié à la santé sexuelle durant son cursus universitaire, il a des lacunes, forge ses connaissances sur son expérience, encore faut-il qu'il soit sensibilisé au sujet...

Pour Laura Beltran, psychologue et sexologue au CHU du Kremlin-Bicêtre, qui enseigne la santé sexuelle auprès de professionnels de santé et d'associatifs (CRIPS), il est bon de se former pour objectiver sa relation à la sexualité, appréhender sa façon d'en parler avec le patient. « Qu'est-ce que le plaisir, le bien-être sexuel ? Quelle est la part culturelle de ma perception de la sexualité ? Pourquoi ce domaine m'intéresse-t-il ? Ces notions ne veulent pas dire la même chose pour tous. D'où l'importance que le praticien se positionne : soit du côté de la prévention, soit du conseil ou de la thérapie. Pour trouver son cadre et son style » précise-t-elle.

Ce qui implique, selon l'OMS, l'acquisition d'aptitudes relationnelles, psychologiques et positives à l'égard de la vie sexuelle, de compétences théoriques sur les IST, la contraception, mais aussi la prise en considération des aspects psychosociaux. L'organisation mondiale reste cependant lucide et a répertorié dès 1975 les « meilleurs ennemis » structurant l'activité sexuelle : mythes, tabous, culpabilité, secret, culte du machisme, domination masculine, victimisation féminine, valeurs religieuses...

Si le professionnel de santé doit être garant du cadre, le patient peut aussi l'interpeller en tant que personne : « Et vous, avez-vous essayé le préservatif féminin ? » A lui encore de se positionner, comme témoin ou professionnel de santé, de définir les limites pour se protéger. Elles ne sont pas toujours claires. « Pour évaluer une prise de risque, le médecin a parfois besoin de



détails, sans pour autant avoir accès aux fantasmes du patient... Mais dans le cadre d'une consultation sexologique, travailler sur le fantasme peut aussi être important. Il doit réfléchir à sa place avant de pouvoir intervenir dans le champ de



LAURA BELTRAN

la sexualité, exacerbation de l'intime, qui conserve sa complexité et ses tabous. » La santé sexuelle est-elle vraiment l'affaire de la santé publique ? « Face aux soignants qui en doutent, il faut leur opposer le discours médical car les patients qui poussent notre porte attendent une réponse. »

D'autres ont eu parfois des difficultés à pousser la bonne... « Des personnes se sont présentées aux ateliers collectifs se sentant concernées par le VIH car il n'était pas précisé qu'ils étaient destinés aux personnes séropositives. Le VIH s'invite dans toutes les sexualités et les sérologies.

Les homosexuels séronégatifs comme les hétérosexuels ont besoin d'échanger sur leurs pratiques sexuelles » explique David Friboulet. Le soignant, aussi, a besoin d'être soutenu dans sa pratique. « Le groupe de supervision est un cadre rassurant et protecteur qui prévient la confusion des rôles et les éventuels abus de pouvoir, de jugement, voire de séduction face à des malades vulnérables » insiste Anne Simon. « J'entends souvent qu'il ne faut pas juger les patients.

Certes, mais il faut quand même garder à l'esprit son sens critique et les informer pour mieux prendre en charge leur santé » tempère Nicolas Foureur. « Être dans le non jugement ne signifie pas qu'un soignant n'a pas ses propres représentations, mais il doit



les avoir identifiées pour déterminer son champ d'action avec le patient, être aussi à l'écoute d'une représentation différente de la sienne pour la faire évoluer.

C'est la congruence : être en accord avec son ressenti et pouvoir dire à un patient que ses propos peuvent être extrêmement violents à entendre. Ce n'est pas pour autant qu'il ne sera pas possible de travailler avec lui » conclut Laura Beltran.

Sans cesse, le soignant doit adapter son discours, développer une expertise qui permet au patient de lui parler sans retenue. S'il n'existe pas une seule méthode pour aborder la santé sexuelle, toutes sont complémentaires, en groupe ou en individuel. Mais certains patients ne sont pas encore prêts à franchir le pas et pouvoir s'exprimer à plusieurs.

Si de plus en plus de professionnels de santé s'accordent à dire que la santé sexuelle est devenue une composante essentielle dans l'amélioration de l'accompagnement des patients, elle reste encore très insuffisamment pratiquée.



Libres et égaux face à la sexualité ?

La libération sexuelle des années 1970 et l'arrivée du sida dans les années 1980 ont placé la sexualité au cœur du débat politique et social. Cantonnée à la sphère privée, la sexualité fait irruption dans l'espace public grâce au féminisme et au mouvement LGBT. Mais elle reste l'activité humaine la plus difficile à affranchir de la morale et du discours médical, ce qui complexifie l'analyse juridique...

Pour Daniel Borrillo, professeur de droit à l'Université de Paris Ouest Nanterre, « les libertés occidentales sont entravées par la morale traditionnelle et religieuse, mais la sexualité constituant une dimension fondamentale de l'autonomie individuelle, une composante de l'intimité et de la vie privée, qu'il faut protéger contre les ingérences de

l'état, s'est heureusement imposée. » Néanmoins, peut-on affirmer que les principes qui régissent les libertés en général restent valables concernant les pratiques sexuelles ? Le droit d'avoir des relations



DANIEL BORRILLO

sexuelles demeure absent des lois, excepté du code pénal qui sanctionne celles imposées à autrui sans son consentement. Le code civil ne légitime la sexualité qu'à travers le mariage pour rappeler aux époux qu'ils se doivent fidélité. Le droit de sexualiser semble donc être rattaché à la protection de la vie familiale, d'où la forte mobilisation des conservateurs contre le mariage pour tous qui légitime la sexualité homosexuelle (paradoxalement, les manuels des Droits de l'Homme traitent de la question de l'homosexualité, mais les mots « sexualité » et « liberté sexuelle » y sont absents). Si l'adultère n'est plus une cause automatique de divorce depuis 1975, il reste une cause possible du divorce pour faute. Même sans statut juridique, la liberté sexuelle est



bien encadrée... « Rattacher la liberté sexuelle au droit de fonder une famille est la nier en tant que telle. Cela revient à cantonner les relations sexuelles dans le cadre du mariage et dans la seule perspective de la procréation » analyse Daniel Borrillo. Restent les cas très rares : une infirmière a contracté le virus du sida dans le cadre professionnel, puis a contaminé son mari. La responsabilité de l'Etat a été engagée à l'égard du mari sur le fondement que dans le cadre d'une vie familiale normale, les relations sexuelles sont une manifestation de ce droit que le VIH venait de bouleverser.

- **Une liberté floue**

La liberté sexuelle est une composante d'autres droits comme celui de disposer de soi-même et donc de son corps, du droit au respect de sa vie privée, à une vie familiale et conjugale. C'est au nom de ces principes que les femmes ont eu accès à la contraception et à l'avortement. Mais les fondements juridiques restent fragiles. « Si le droit au respect de la vie familiale est garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, les relations sexuelles ne sont jamais mentionnées explicitement comme une composante de ce droit à la vie privée » poursuit-il. L'activité sexuelle est plus encadrée que la plupart des activités humaines, mais la réglementation est indirecte : en énumérant ce qui est interdit, la loi pénale indique en creux ce qui est permis. Bafouer la liberté sexuelle est donc assez facile, à l'instar des personnes privées de sexualité, en hôpital psychiatrique, prisonnières de leur corps ou incarcérées. « La France a un énorme retard sur la mise en place de parloirs intimes, comme si l'absence de sexualité était la peine la plus efficace pour celui qui a commis un acte répréhensible. »

Si dans certaines circonstances, la restriction de l'activité sexuelle se justifie pour protéger un malade ou les autres pensionnaires, l'interdiction générale qui semble être la règle dans de nombreux



établissements témoigne de la difficulté d'appréhender la sexualité comme outil de liberté. Depuis 1981, la Cour européenne des droits de l'homme affirme le droit de chacun à mener une vie sexuelle de son choix en conformité avec son identité. La liberté au sens juridique est la possibilité d'accomplir ou non un acte, ni interdit ni imposé, par la règle en vigueur. Si elle ne suppose pas l'absence de normes, elle implique une référence. « Malheureusement, la norme de référence demeure souvent la morale brandie comme protection de la dignité humaine, dangereuse si elle s'applique à soi comme une tutelle à notre liberté sexuelle. »

Expérience de Thierry Troussier, médecin et sexologue, consultation santé sexuelle à Saint-Antoine pour les personnes séropositives, directeur de la chaire UNESCO « santé sexuelle et droits humains »

« Notre objectif est d'avoir une approche positive de la santé sexuelle, d'accroître la conscience des professionnels de santé, d'ouvrir l'accès à tous à l'éducation sexuelle, de soutenir la santé maternelle durable, de prévenir les



THIERRY TROUSSIER

abus sexuels, les violences de genre et intergénérationnelles, d'œuvrer en faveur de l'égalité des sexes, d'agir en faveur de l'application de la perspective des droits humains à la santé sexuelle pour tous.

Nous développons une expertise auprès d'instances internationales, tout en respectant les spécificités culturelles en matière de sexualité. Notre mission est aussi de former des intervenants. Nous avons mis en place des programmes universitaires avec le



diplôme de santé sexuelle et droits humains créé en 2007 et la création d'un pôle d'excellence à l'Unesco en partenariat avec 15 lieux à travers le monde, l'OMS et Esther...

Pour atteindre le bien-être individuel, les dimensions mentale (sexualité et érotisme en cohérence avec son orientation sexuelle), émotionnelle (plaisir dans une relation de confiance), socioculturelle (désir en cohérence avec son environnement, son genre et sa culture), physique somatique (choix de planifier la procréation) correspondent à un bien-être collectif avec les mêmes dimensions : mentale (accès à l'éducation sexuelle et érotique, respect de l'orientation sexuelle), émotionnelle (respect de la diversité des vies privées, et du partenaire), socioculturelle (non discrimination, respect du genre et des cultures), physique somatique (respect de la santé génitale et procréative).

Aujourd'hui, la famille a évolué, il faut reconsidérer les schémas, notamment hétéro-normés. Penser la santé sexuelle comme un ensemble intégrant la santé reproductive, la prévention du VIH et des IST, le dépistage et les approches de genres en fonction des cultures, des déterminants sociaux de l'individu et l'application des droits de l'Homme.

Avec UNITWIN, nous allons aussi mettre en place un réseau en santé sexuelle à travers le monde, participer aux groupes de travail de l'OMS et créer le guide du counselling en santé sexuelle. La confrontation de toutes les différences et croyances en matière de sexualité ne peut exister que par l'interface des droits humains. »





Conclusion

De la chambre à coucher à la prise en charge de la santé sexuelle, l'espace reste encore grand avant que les passionnantes et diverses expériences associatives, régionales ou médicales abordant la vie sexuelle et intime, oeuvrent en réseau pour tendre à une réflexion globale.

La santé sexuelle n'étant pas dévolue uniquement à la pathologie VIH et à son environnement, il semble possible et souhaitable de développer un projet plus vaste d'un ou plusieurs centres de santé sexuelle en France, pas seulement com-



XAVIER REY-COQUAIS

munitaires, mais aussi de service public. Pour aider les femmes et les hommes dans leurs stratégies personnelles, sociales, amoureuses, familiales, sanitaires, et trouver des réponses, des conseils, un accompagnement contribuant à un meilleur bien-être.

Cela ne se fera pas sans une profonde remise en question de tous les acteurs de la santé publique, notamment politiques, à la fois dans le partage des connaissances, mais aussi dans une volonté d'être un maillon de la chaîne de la santé sexuelle. Dans la perspective surtout d'améliorer la qualité de vie des patients plutôt que celle de réduire les coûts d'éducation et de prévention des maladies chroniques.





COREVIH | ILE DE FRANCE SUD

SANTÉ SÉXUELLE
2013



Comité d'organisation :

- Christine CROS (AIDES)
- Véronique DORE (ANRS)
- Nicolas FOUREUR (Dermatologue-vénérologue)
- David FRIBOULET (Psychanalyste animateur en éducation thérapeutique)
- Alain GIAMI (Directeur de recherche INSERM)
- Janine PIERRET (Membre du COREVIH Ile de France Sud)
- Philippe SAGOT (Coordonnateur du COREVIH Ile de France Sud)
- Alain SOBEL (Président du COREVIH Ile de France Sud)
- Xavier REY-COQUAIS (Vice-président du COREVIH Ile de France Sud)



COREVIH | Ile de France sud

Etablissement siège d'implantation du COREVIH :

Hôpital Henri Mondor

N° FINESS 940100027

51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny

94010CRETEIL cedex