

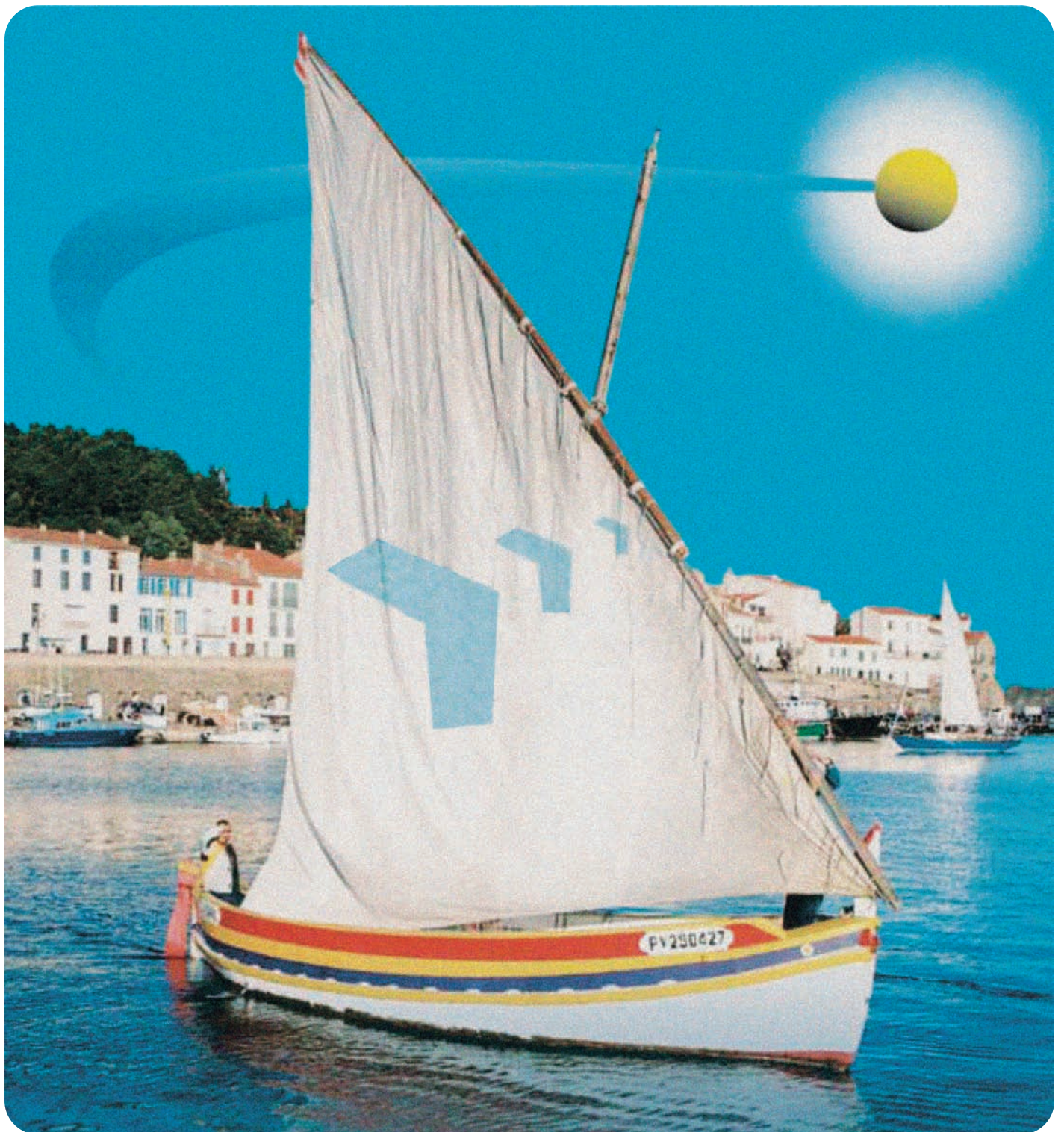
# X<sup>e</sup> Journée des Infirmières

## Symposium SIFUD

**Palais des Congrès de Perpignan - vendredi 8 juin 2007**

*Sous la présidence de Marie Agnès NAVAUX (Cerbère)*

*Journée coordonnée par le Professeur Pierre Costa*



A company in the  
AstraZeneca Group

**ASTRA**  
ASTRA TECH

## Bienvenue à cette 10<sup>ème</sup> Journée des Infirmières de la SIFUD

Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue à cette dixième journée des infirmières de la SIFUD.

Dixième anniversaire, âge de raison, année importante pour la profession infirmière, les qualificatifs ne manquent pas pour nous réjouir de ces « retrouvailles » !

Vos demandes, réactions, propositions nous encouragent à aller plus loin avec vous pour nous développer ensemble au service de celles et ceux qui sont vos patients et que nous avons souvent l'envie d'appeler nos utilisateurs.

L'année 2007, outre d'être une année électorale et pré-olympique... est une grande année infirmière !

Le législateur a enfin officialisé le rôle infirmier de prescripteur délégué.

C'est un excellent début pour les futurs projets de réseaux de soins, de consultations infirmières qui commencent à voir le jour en France et que nos amis scandinaves et anglo-saxons ont mis en place depuis déjà de nombreuses années.

Astra Tech France évolue avec et grâce à vous :

- Le Diplôme Inter Universitaire d'Infirmières Expertes en Urologie en est à sa cinquième année d'existence et un certain nombre d'entre vous participent quotidiennement à son application dans les structures de soins.

Le ministère de la santé l'a retenu comme la formation de référence, en la matière, « entrouvrant » la porte à une véritable reconnaissance future d'un exercice transversal de cette expertise... le chemin reste long et sinueux mais passionnant !!!

- Des formations d'infirmières libérales, à partir d'expertes régionales, sont en train de se mettre en place dans de nombreuses villes... Astra Tech prenant en charge les premiers soins d'éducation réalisés pour leurs nouveaux clients « Contact Direct » dans une démarche qualité au service des patients.

Enfin ce dixième anniversaire ne pouvait se passer que chez notre présidente Marie-Agnès Navaux dans son beau pays catalan. Cette aventure est possible grâce au père de ces journées le Pr Pierre Costa qui a su être précurseur, dix ans avant que tout le monde ne reconnaisse que les infirmières sont indispensables à ce congrès... qu'il en soit, une nouvelle fois, très chaleureusement remercié pour son amical soutien sans faille au fil des ans !

Que cette journée soit à la hauteur de votre profession telle est notre ambition !

Excellent congrès SIFUD à toutes et tous.

Bien cordialement.

**Pascal Goaziou**  
Directeur de la Division Urologie

## Au programme de cette journée

### L'infirmière d'aujourd'hui et la sexualité : les questions qu'on lui pose et celles qu'on ne lui pose pas.

**P. 1 Prise en charge des troubles de la sexualité en 2007 : pourquoi, comment ?**

Dr Bonierbale, CHU Sainte Marguerite, Marseille - Pr Costa et son équipe, CHU Nîmes.

**P. 4 Qu'est-ce que le couple ?**

Dr Bonierbale, CHU Sainte Marguerite, Marseille.

**P. 10 L'apport de la formation sexo dans la pratique des infirmières.**

Mme Navaux, Centre B. Vercelli, Cerbère.

**P. 12 Quels sont les troubles de la sexualité les plus fréquents chez l'homme ?  
Quelle prise en charge aujourd'hui ?**

Dr Bonierbale, CHU Sainte Marguerite, Marseille - Pr Costa et son équipe, CHU Nîmes.

**P. 2 Quels sont les troubles de la sexualité les plus fréquents chez la femme ?  
Quelle prise en charge aujourd'hui ?**

Pr Costa et son équipe, CHU Nîmes.

**P. 24 Sexualité et handicap : Evaluation**

Dr Charvier et son équipe, Hôpital Henri Gabrielle, Lyon.

**P. 25 Sexualité et handicap : Prise en charge**

Dr Soler et Mme Navaux, Centre B. Vercelli, Cerbère.

**P. 27 Sexualité et cancer de l'utérus**

Dr Soulier et son équipe, CRLC Val d'Aurelle, Montpellier.

**P. 29 Sexualité des adolescents (Spina Bifida)**

Dr Gamé et son équipe, CHU Rangueil, Toulouse.

# Epidémiologie des Troubles de la Sexualité

Pierre Costa - Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes

et Mireille Bonierbale - Service de Psychiatrie, CHU Sainte Marguerite Marseille

La sexualité est une des grandes fonctions de l'organisme avec toutefois une particularité : on ne meurt pas d'un arrêt de son activité sexuelle. Cela a permis à la médecine mais aussi aux pouvoirs publics de ne pas s'en préoccuper pendant longtemps. En 1972 toutefois l'OMS inclut la dimension sexuelle dans sa définition de la santé et crée le concept de « santé sexuelle » :

- Capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale,
- Délivrance de la peur, la honte, la culpabilité, les fausses croyances et les autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles,
- Absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances interférant avec la fonction sexuelle et reproductrice.

L'OMS revient sur cette définition en 1974 pour la préciser : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour ».

On pourra retenir de cette définition la notion qu'un être humain, homme ou femme n'est vraiment en bonne santé et épanoui que s'il a une activité sexuelle satisfaisante.

## Epidémiologie des troubles sexuels masculins :

Nous nous attacherons à traiter des troubles sexuels masculins les plus fréquents qui sont les troubles du désir, la dysfonction érectile et l'éjaculation rapide.

**1. les troubles du désir** n'ont pas fait l'objet d'études épidémiologiques nombreuses. Ils semblent globalement stables jusqu'à 60 ans, pour augmenter ensuite très fortement avec l'âge, peut-être sous l'influence du déficit androgénique mais aussi de l'impact négatif des troubles de l'érection. L'étude américaine de Laumann retrouve 16% de troubles du désir avant 60 ans alors que l'étude australienne de Richter en décrit 25%.

**2. la dysfonction érectile** a fait l'objet de plus nombreuses études mais difficiles à interpréter du fait de l'existence de nombreuses différences dans les critères retenus comme la sévérité du trouble par exemple. Il existe néanmoins, dans toutes les études, une augmentation régulière de la prévalence de la dysfonction érectile avec l'âge : de 1 à 9 % de 18 à 39 ans, de 2 à 30 % de 40 à 59 ans, de 20 à 40% de 60 à 69 ans et de 50 à 75% au delà de 70 ans. L'âge est considéré comme un facteur de risque indépendant.

La dysfonction érectile est souvent associée à des co-morbidités, qu'elle peut aussi révéler, en particulier :

- **le diabète** : la prévalence de la dysfonction érectile chez les diabétiques varie de 20 à 67,4 % selon les études.

- **les pathologies cardio-vasculaires** : augmentation du risque de DE en cas de pathologie cardiovasculaire. La prévalence de la dysfonction érectile est plus élevée en cas de : cardiopathie ischémique (38,1%) et de pathologie vasculaire périphérique (56,8%) que dans la population générale (18,6%). Mais, réciproquement, dans une population de sujets présentant une DE :

- 33% sont à risque CV intermédiaire ou élevé,
- 17 % souffrent d'HTA,
- 6 % ont une angine de poitrine.

La dysfonction érectile serait un marqueur de la maladie endothéliale et sa prévalence augmente chez les patients ayant une maladie cardio-vasculaire de même que chez les patients ayant une dyslipidémie (Montorsi 2003, Solomon 2003). Une étude récente a suivi pendant 7 ans, 2496 traités par placebo dans un essai randomisé sur l'HBP et rapporte que 2% et 11% de 1<sup>er</sup> événement cardio-vasculaire sont survenus respectivement 1 et 5 ans après l'apparition d'une DE (Thompson 2005).

- **les troubles anxio-dépressifs** dont l'intensité est corrélée à la fréquence de la DE. Concernant les rapports entre dépression et troubles de l'érection, la prévalence de la dysfonction érectile modérée ou sévère est :

- d'environ 90 % lors de dépression sévère,
- de 59 % lors de dépression modérée,
- de 25 % lorsque la dépression est mineure (Feldman 1994).

Dans cette même population, la présence d'un état dépressif multiplie par 2 le risque d'avoir une DE (Araujo 1998). Dans une étude longitudinale d'une cohorte de 591 jeunes gens de 19 à 20 ans suivis pendant 15 ans, une DE a été retrouvée chez : 26% des sujets normothymiques, 45% des patients dépressifs non traités et 63% des patients dépressifs traités (Angst 1998).

- **les troubles mictionnels** du bas appareil urinaire qui sont le plus souvent liés à l'hypertrophie bénigne prostatique dont la fréquence augmente avec l'âge : la prévalence de la DE est augmentée en présence de troubles mictionnels et varie de 43 à 82,5% en fonction de leur intensité.

Ainsi, la dysfonction érectile n'est pas seulement un symptôme isolé, elle est fréquemment « l'indicateur » d'une co-morbidité.

**3. L'éjaculation rapide** est probablement le trouble sexuel le plus fréquent de l'homme car sa prévalence est élevée et stable tout au long de la vie. On parlera d'éjaculation prématurée ou rapide ou précoce si 3 critères essentiels sont présents ensembles :

- Brièveté du délai pour éjaculer,
- Absence de contrôle,
- Souffrance psychologique du patient et/ou de la partenaire.

Les études récentes établissent que la prévalence de l'éjaculation rapide est de 25 à 30% (Rosen 2004, Laumann 2005). De façon très remarquable, cette prévalence est indépendante de l'âge et des régions du monde où vivent les hommes.

La majorité des hommes se signalant comme souffrant d'EP semble avoir un délai pour éjaculer (DPE) inférieur à 2 mn (Waldinger 1998 – Rowland 2000), alors que les hommes « dotés d'une éjaculation normale » rapportent des DPE allant de 6,9 à 13,9 mn (Multi country concept evaluation and assessment of PE incidence study, 2002 - non encore publiée). Une étude observationnelle américaine montre que les DPE des hommes se considérant comme ayant une éjaculation rapide ou au contraire normale sont effectivement différents mais qu'ils se superposent partiellement (Patrick 2005), illustrant l'importance de la perception subjective en matière de trouble de l'éjaculation.

## Epidémiologie des troubles sexuels féminins :

Les troubles sexuels féminins ont fait l'objet de moins d'étude que les troubles sexuels masculins. Ces dernières années ont toutefois été marquées par un intérêt grandissant.

Les premiers chiffres peuvent certainement être tirés de l'étude française de Spira et Bajos sur les comportements sexuels des français (Rapport Spira France 1993 (tableau 6.11) :

	SOUVENT	PARFOIS
Rapports douloureux	5%	19%
Aucun orgasme	11%	21%
Absence ou Insuffisance de désir	8%	33%

Dans une étude américaine publiée en 1999 (Laumann EO, JAMA, 1999), 43% des femmes âgées de 18 à 59 ans rapportent un trouble de la sexualité avec 32% de troubles du désir, 28% de troubles de l'orgasme, 21% de douleurs pendant les rapports et 27% de troubles du plaisir.

La méthodologie de cette étude a été critiquée et les chiffres considérés comme trop élevés. Plus récemment (Nicolosi 2004) une grande étude a été réalisée sur 29 pays du monde. Une large cohorte d'hommes et de femmes (25 500 au total) ont été interrogés sur leur sexualité à l'aide de questionnaires standardisés :

- 80% des hommes et 65% des femmes avaient une activité sexuelle,
- parmi-eux : 28% des hommes et 39% des femmes admettent l'existence d'un trouble sexuel,
- les troubles féminins se répartissent entre :
  - Troubles du désir 21%
  - Difficultés à avoir un orgasme 16%
  - Troubles de la lubrification vaginale 16%

Dans le cadre du développement de médicaments pour les troubles du désir en cas de ménopause, naturelle ou chirurgicale (ovariectomie), une enquête par correspondance a été réalisée sur 2 467 femmes en France, Allemagne, Italie et au Royaume-Uni, âgées de 20 à 70 ans et ayant un ou des partenaires sexuels (Dennerstein 2006).

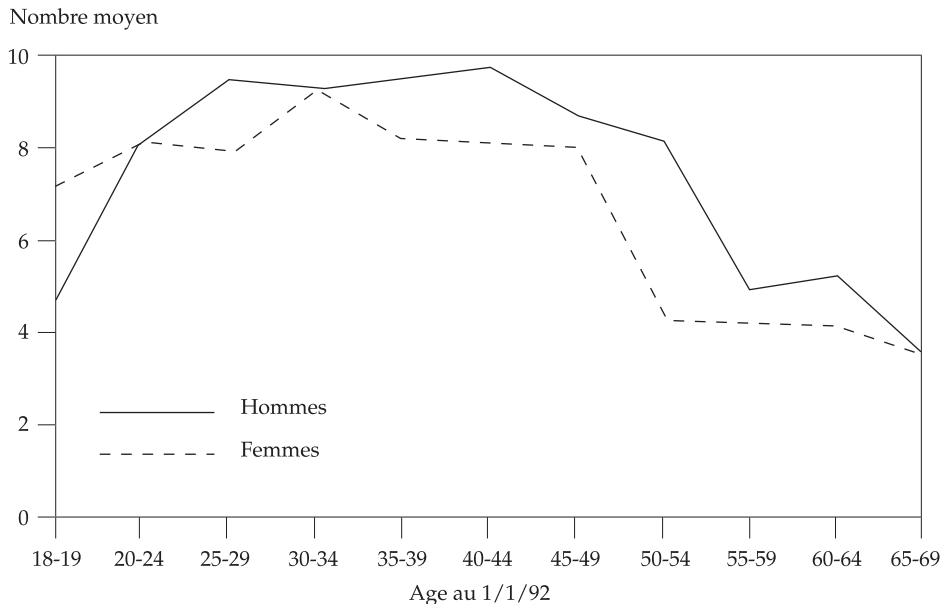
- En cas de ménopause chirurgicale :
  - 20 à 49 ans : 29% des femmes ont une baisse du désir et 54% en souffrent,
  - 50 à 70 ans : 46% des femmes ont une baisse du désir et 27% en souffrent,

- En cas de ménopause naturelle (50 à 70 ans) :

- 42% des femmes ont une baisse du désir et 23% en souffrent.

**Peut-on avoir une idée de l'activité sexuelle au fil du temps et avec l'âge ?** Le rapport de Spira et Bajos (1993) nous apprend que l'activité sexuelle persiste dans les 2 sexes jusqu'à 70 ans :

Nombre moyen de rapports sexuels au cours du dernier mois, selon le sexe et l'âge à l'enquête  
(pour les personnes en ayant eu au moins un depuis un an).



Pour les hommes âgés de plus de 70 ans, l'étude de Rosen publiée en 2003, réalisée sur un échantillon au départ de 14 000 hommes âgés de 50 à 80 ans, nous apprend que l'activité sexuelle reste de 3 par mois en moyenne après 70 ans (8 avant 60 ans). L'association américaine des personnes retraitées nous a appris en 2000 que 19% et 7 % des hommes et des femmes de plus de 75 ans avaient encore une activité sexuelle par semaine.

**Doit-on en déduire que les femmes seraient avec l'âge moins intéressées que les hommes par l'activité sexuelle ? NON** car il faut prendre ne compte le facteur couple.

Beaucoup plus de femmes âgées sont seules ce qui diminue l'intérêt mais aussi la possibilité d'avoir des rapports sexuels. D'ailleurs la sexualité en s'arrête vraiment jamais :

- Bretschneider : (202 personnes de 80 à 102 ans)

- 82% H et 64% F rapports de tendresse
- 72% H et 40% F se masturbaient
- 63% H et 30% F rapports sexuels

- Finkle : 72% des vieux mariés en couple contre 32 % des personnes seules ont des relations sexuelles.

**Donc ne jamais arrêter d'avoir une activité sexuelle semble tout à fait possible. Pourquoi ?**

Nous nous contenterons pour répondre à cette question de citer à nouveau la définition de l'OMS : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour. »

# Qu'est ce qu'un couple ?

Mireille Bonierbale

Rédacteur en Chef de « Sexologies » : Revue Européenne de Santé Sexuelle<sup>1</sup>, Coordonateur de l'Unité Fonctionnelle de Sexologie et de Dysphorie de Genre, Directeur d'Enseignement de Sexologie des facultés de Médecine de Marseille et Montpellier - Service du Pr C. Lançon, CHU Sainte Marguerite - 13274 Marseille Cedex 9 ( F) - e-mail : mireille.bonierbale@wanadoo.fr

<sup>1</sup> <http://www.elsevier.fr/html/detrevue.cfm?code=SEXE>

## Définitions :

1. Femme et homme qui ont une relation amoureuse, qu'ils soient unis ou non par les liens du mariage (couple mixte),
2. Deux personnes du même sexe qui ont une relation amoureuse stable (un couple homosexuel),
3. « Unité autonome minimale de la société » (faite de deux individus).

Mais c'est aussi une structure "imaginaire", fondée sur des conventions mutuelles et soumise à une évolution dans le temps, et constitutive d'une histoire propre.

## Transformations du couple :

Le couple d'aujourd'hui n'est plus celui d'autrefois, notamment du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'allongement de durée d'un couple : on n'a jamais aussi longtemps vécu ensemble. Mais d'autres facteurs interviennent. Autrefois le couple se basait, dans le cadre du mariage, sur des concepts tels que la conservation du patrimoine ou le sens de la famille. Aujourd'hui, il se fonde sur l'amour, volatil, dans un contexte plus mouvant, tant sur le plan social que familial et même au niveau des rapports entre les hommes et les femmes. Il n'en est que plus fragile.

L'enquête INSEE 93, sur les étapes de la vie familiale, montre essentiellement deux phénomènes sur les changements opérés dans les 20 ans précédents. La durée de la vie en famille augmente régulièrement. L'homme et la femme sont plus longtemps « enfants » (19,6 et 21, 5 ans) et le nombre d'années passées seul(e) est lui aussi en augmentation. Auparavant, les normes sociales imposaient qu'un couple devait se marier et vivre sous le même toit. Lorsqu'un couple ne pouvait pas vivre ensemble, on présumait que la situation n'était pas idéale et qu'elle n'était que temporaire. Dans la société actuelle, on parle de « partenaires non cohabitants » ou de couples « vivant chacun chez soi » pour décrire les couples non mariés qui vivent dans des résidences distinctes. Apparition des couples « à tranches de vie ». On trouve donc de nouveaux couples, le Couple de courte durée (CDD ou CDI), les Couples permanents, intermittents, Cohabitants ou non cohabitants et une augmentation du différentiel d'âge (Brenot P., Inventer le couple, O. Jacob, 2004). La durée du couple diminue par affaiblissement du lien social du mariage et augmentation des séparations, tandis qu'augmente l'espérance de vie.

## De nouveaux liens

Un autre nouveau point d'accroche du couple actuel est l'intimité, qui constitue «la condition majeure de toute stabilité à long terme que les partenaires peuvent atteindre» (Giddens, 1991), ce qui nécessite une confiance et une implication de la part de chacun des partenaires. Cela va dans le sens d'un couple plus « sexuel » s'articulant par ailleurs sur une «sexualité plastique» dédagée de son référent reproductif (Giddens, 1992) et considérée comme un élément incontournable dans l'atteinte d'une intimité plus complète.

## Quelques chiffres :

- Aujourd'hui :
- 62 % des Français vivent en couple.
  - 35 % des Français qui vivent en couple n'ont pas d'enfants.
  - L'âge moyen de la première installation en couple est en train d'augmenter : 27,5 ans pour les femmes, 29 ans pour les hommes.
  - 60 % des hommes et 48 % des femmes de 20 à 24 ans vivent encore chez leurs parents.

En bref, l'engagement dans la vie à deux, autonome, est de plus en plus tardif et il n'est pas rare de voir un jeune couple démarrer sa vie à deux au sein du foyer parental, ce qui en perturbe l'intimité et ancre sa difficulté à l'indépendance.

Enquête Sofres « Les français et l'Amour » réalisée les 22 et 23 février 2006 pour Bayard / Vivre Plus auprès d'un échantillon national de 1000 personnes, représentatif de l'ensemble de la population française âgée de 18 ans et plus, interrogées en face-à-face à leur domicile. Méthode des quotas (sexe, âge, profession du chef de ménage PCS) et stratification par région et catégorie d'agglomération.

## Vivre en couple aujourd'hui

**Question :** Diriez-vous que vivre en couple aujourd'hui est plutôt plus facile, plutôt plus difficile ou ni plus facile ni plus difficile que pour les générations précédentes ?

	Ensemble	Vivent en couple	Ensemble des 50-59 ans
- Plus facile	23	27	24
- Plus difficile	47	41	47
- Ni l'un ni l'autre	27	30	27
- Sans opinion	3	2	2

## Pourquoi est-il plus facile de vivre en couple aujourd'hui ?

**Question :** Aujourd'hui, qu'est-ce qui fait selon vous que vivre en couple est plus facile qu'avant ? <sup>(1)</sup>

	Ensemble	Vivent en couple	Ensemble des 50-59 ans
- On peut vivre ensemble avant de s'engager	40	39	35
- On se parle davantage et plus ouvertement	32	34	32
- Il y a moins de tabous, on parle de sa sexualité plus librement	28	29	35
- Les rapports entre hommes et femmes sont plus équilibrés qu'avant	26	28	27
- On peut se séparer facilement si on ne s'entend plus	17	14	14
- On a des moyens de contraception fiables	16	16	20
- Autres	2	2	2
- Sans opinion	9	8	6

<sup>(1)</sup> Le total des % est supérieur à 100, les personnes interrogées ayant pu donner deux réponses.

## Pourquoi est-il plus difficile de vivre en couple aujourd'hui ?

**Question :** Et à l'inverse, qu'est-ce qui fait selon vous que vivre en couple est plus difficile qu'avant ? <sup>(1)</sup>

	Ensemble	Vivent en couple	Ensemble des 50-59 ans
- On se sépare trop facilement, il est plus facile de divorcer	49	51	47
- On n'accorde plus la même valeur à l'engagement	44	44	43
- On a plus de tentations qu'avant	23	22	28
- On vit sa vie amoureuse de manière plus égoïste	18	17	15
- Les rapports entre hommes et femmes ont trop changé	18	16	22
- Autres	2	2	2
- Sans opinion	9	9	8

<sup>(1)</sup> Le total des % est supérieur à 100, les personnes interrogées ayant pu donner deux réponses.

## Ce qui menace le couple

Question : Aujourd'hui, dans votre vie, qu'est-ce qui pourrait mettre en danger votre couple ? <sup>(1)</sup>

	Ensemble	Vivent en couple	Ensemble des 50-59 ans
- L'infidélité	35	42	33
- L'habitude	23	27	26
- Les disputes	18	21	22
- Les difficultés matérielles ou d'argent	14	17	20
- La jalousie	14	15	9
- Le vieillissement	6	8	10
- L'insatisfaction sexuelle	5	6	6
- Le travail	5	6	2
- Le chômage	4	4	3
- Avoir des enfants	2	1	0
- Rien	7	10	6
- Ne vit pas en couple / pas concerné	18	-	14
- Sans opinion	2	3	3

<sup>(1)</sup>Le total des % est supérieur à 100, les personnes interrogées ayant pu donner deux réponses.

## Un couple, des couples

*Modèles de couples (Kaufmann 1993)*

Selon le mode d'ouverture aux autres ou d'autonomie ou fusion réciproque on trouve des couples ouverts ou fermés, fusionnels ou près de la fission, mais les styles conjugaux qui en découlent ont bien été décrits par J. Kellerhals et al (2004) étude sociologique récente, menée en Suisse sur 1200 couples. J. Kellerhals note, que les couples sont passés en quelques décennies du prêt-à-porter social au sur-mesure à décider soi-même. Ce qui a entraîné enthousiasme, et angoisse, qui doit être prise en compte dans les difficultés rencontrées actuellement par les couples.

Il distingue 5 types de couple différents, qu'il classe selon 4 axes principaux. Il décrit ainsi : **le couple Bastion** fermé sur lui-même, fusionnel, normatif et dans lequel les rôles sont définis ; du côté du partage des rôles, le couple obéit à **un schéma très traditionnel**. « L'homme assure en général le revenu familial, tandis que la femme apporte ses compétences dans la sphère domestique. Les deux conjoints vivent donc dans une "dépendance mutuelle" ». **Le couple Cocon** est lui fermé sur lui-même, fusionnel, spontané et dans lequel les rôles ne sont pas définis. **Le couple Association** ouvert sur l'extérieur, non fusionnel, spontané et dans lequel les rôles ne sont pas définis. **Le couple Parallèle** fermé sur lui-même, non fusionnel, normatif et dans lequel les rôles ne sont pas définis et enfin **le couple Compagnonnage** ouvert sur l'extérieur, fusionnel, spontané et dans lequel les rôles sont définis.

*Les niveaux de couple*

Ils doivent être pris en compte par rapport à leur manière de gérer leur rapport à leur famille, leur enfant et eux-même, allant du couple familial au couple parental, conjugal ou érotique.

Une nouvelle exigence « l'érotique ».

Fantasme occidental contemporain « Il faut Vivre un couple passionnel de longue durée »

Les forces centripètes et centrifuges viennent perturber cette vision qui est contre nature.

## Evolution de la sexualité dans le couple

**1ère phase** : exclusivité sexuelle, fidélité et fort sentiment amoureux.

**2ème phase** : routine sexuelle, baisse du désir, réduction de la fréquence des rapports. Il faut noter que si le taux de dysfonctions sexuelles devient alors relativement plus fort il n'est pas corrélé à l'indice élevé de satisfaction de la vie sexuelle !

*Attentes des femmes*

- Celles qui avaient 20 ans en 60 : attendaient d'être reconnues,

- Celles qui avaient 20 ans en 68 : liberté - équité,



- Celles qui avaient 20 ans en 80 : fidélité - solidité,
- Celles qui avaient 20 ans en 90 : érotisme - complicité,
- Celles qui avaient 20 ans en 2000 : parité – égalité (chacune contenant les précédentes).

Les attentes des femmes vis-à-vis de leur partenaire sont : vie matérielle, répartition des tâches dans le couple, partage des responsabilités, fidélité, complicité, amour, érotisme.

Mais comme le souligne W Pasini (2005) « *Une part non négligeable de femmes semble, à chaque génération, avoir conservé la position traditionnelle de soumission à son partenaire* ».

### *Les Hommes (Castelain-Meunier, 2005)*

Ils ont fait un abandon partiel de la position dominante et on les retrouve dans de fréquentes positions de soumission-acceptation. L'homme tendre que souhaite la femme est craintif et décide moins. Il faut noter les difficultés d'écoute et de représentation de l'imaginaire féminin de l'homme, avec une masculinité défensive et un fréquent refus de remise en question, mais paradoxalement un Désir d'être plus à l'écoute. Evolution de la relation père-enfant. Il faut être attentif au risque de perte d'identité et d'estime de soi, devant les changements qui se sont opérés chez la femme.

Ces changements souhaités par les générations féministes sont cependant peu acceptés des femmes contemporaines du fait de l'affaiblissement de l'image masculine et des conséquences sur la difficile identification des jeunes garçons.

Équation difficile = homme + tendre

Solide

### *Le couple attendu*

Il tient de l'idéal de soi et des représentations sociales de l'amour. Il prend en compte les expériences antérieures mais contient aujourd'hui : amour, érotisme, tendresse, communication.

Il est un principe de réalité : Le couple se construit et se vit à deux et il faut faire confronter deux idéaux et deux réalités ce qui peut être harmonieux ou conflictuel avec des difficultés fréquentes, des tentatives d'ajustement qui vont du bien-être au mal-être, à la désillusion, au désamour. L'important est de faire entendre les différences et de les accepter, ainsi que les points communs, et les vivre. Mais cela sous entend un travail de maturation psychologique.

### *Différents types de collusions*

On décrit ainsi différents types d'interaction de couple bâtie sur des besoins complémentaires, autrement appelée collusion :

- Par exemple, les **personnalités orales**, dépendantes, avides, iront vers ceux qui, de leur côté, ont besoin de donner, de nourrir, d'aider, de dire « mais oui, je t'aime »,
- Ou encore les **narcissiques** choisiront des épouses qui prendront plaisir à les mettre en avant « *mais oui, c'est le plus beau, et il m'a fait une maison, je voudrais que vous voyiez ça, et dix enfants...* », etc.
- Les **sadiques** iront vers celui ou celle qui se complait dans la/leur souffrance,
- Les **phalliques** vers celui ou celle qui glorifie leur force, pouvoir, puissance.

Une collusion reste stable tant que chacun y trouve son compte, mais si l'un évolue indépendamment de l'autre cela peut être source de rupture. Elle se produit souvent dans les crises qui surviennent après cinq à sept ans de vie commune, lorsque l'illusion amoureuse chute et que l'on se rend compte que l'autre n'est pas ce que l'on attend.

Aussi, quand quelqu'un se lance dans une psychothérapie, et de ce fait évolue, l'autre aura intérêt à se faire aider également, voire à entreprendre à son tour une psychothérapie pour pouvoir rester en harmonie.

### *Les problèmes les plus fréquents de la sexualité et du couple*

On l'a vu, dans les couples d'aujourd'hui, on peut être amené à cumuler plusieurs rôles ; amants/parents/amis/associés... et il faut arriver à gérer toutes ces charges, sans oublier les utopies. L'utopie la plus courante étant bien " si on fait un couple c'est bien pour être **heureux**... ".

On voit là surgir les premières difficultés : si on n'est pas dans le bonheur, *ce doit être la faute de l'Autre*, et on a du mal à admettre que l'Autre de son couple puisse désirer autre chose que ce qu'on lui offre.

On imagine toujours l'autre comme soi et désirant les mêmes choses. Ainsi, dans la sexualité, on caresse l'autre comme on aurait envie d'être caressé ; on caresse sur le corps de l'autre ses propres zones préférées, dites érogènes... Chacun imagine les besoins de l'autre à son image. Pourtant, chez la femme le plus souvent, tout le corps est érogène, alors que l'érotisme de l'homme est plus concentré sur ses zones génitales. Ceci amène à bien des malentendus corporels car l'amour se parle peu. Les sexologues servent souvent de "traducteurs simultanés" ouverts sur une verbalisation malaisée : non pas en termes de bonne ou mauvaise sexualité, mais de savoir entrer dans la *différence* de l'autre.

### *Connaître et respecter la différence de l'autre*

Ce qu'il faut, c'est connaître la différence de l'autre et jusqu'où on peut aller pour que ce ne soit pas du déplaisir ou de la contrainte ou du non-respect de son identité pour l'autre.

Prenons une comparaison, dans un domaine proche : la nourriture. Vous lui préparez avec amour un plat que vous aimez beaucoup. Comment peut-il ne pas avoir envie de le goûter ??? Or, c'est peut-être ce que justement, lui n'aime pas. Mais s'il goûte votre plat avec dégoût... alors vous risquez de l'accuser " *C'est bien que tu ne m'aimes pas !* ". La confusion est fréquente dans les couples, et fréquemment source de malentendu et de désaccord.

### *Ne pas nier ni étouffer ses propres désirs*

Poursuivons par un autre exemple emprunté à Paul Watzlawick : c'est la nuit de noces, elle lui a préparé le plat qu'elle aimait le plus, (mais qu'il aimait le moins, et bien sûr elle ne peut pas l'imaginer puis qu'elle le trouve bon). Il en a mangé en faisant mine de se régaler : c'est la nuit de noces et il veut lui faire plaisir lui aussi. Résultat : il en mangera des années durant, avant d'exploser et dire qu'il n'aime pas ce plat ! Malheureusement, sa compagne en conclura " *Alors tu m'as toujours menti !* ".

Combien de femmes n'osent pas dire à leur mari qu'elles n'aiment pas ce qu'il leur fait ou bien qu'elles n'ont pas le plaisir qu'elles simulent ? Avec le temps, il sera de plus en plus difficile d'en parler.

A quoi aboutit-on ? Les femmes qui n'ont pas de plaisir la première fois, mais qui font " comme si ", et qui continuent... Quand vient le jour où dans une dispute elles lâchent " *D'abord avec toi je n'ai jamais joui* ", vont générer un sentiment de trahison et de perte de confiance qui s'introduit dans la relation et va mettre à jour le trouble de la communication !

### *Les Difficultés relationnelles et psychologiques du couple : causes les plus fréquentes des conflits*

De la dépendance à la dépression, les retombées psychologiques sur la sexualité dans le couple.

**1<sup>er</sup> point :** Un couple peut se trouver surchargé de pressions liées aux événements de la vie qui peuvent se traduire par des troubles du désir (dépression masquée).

**2<sup>ème</sup> point :** Un couple peut manquer de maturité pour affronter et gérer une frustration narcissique comme la relation extraconjugale et réagir par un système de vengeances infini pouvant se traduire par des troubles sexuels (refus avec frigidity ou douleurs aux rapports sexuels).

**3<sup>ème</sup> point :** Un couple peut se trouver déstabilisé par la maladie d'un des conjoints qui confronte l'autre avec sa propre peur de maladie ou de mort et le fait fuir, ou bien resserre les liens dans une relation de soins parfois incompatible avec l'érotisme.

Dans un couple, le risque de voir apparaître une difficulté sexuelle vient d'une mauvaise communication, de difficultés personnelles de l'un ou des deux partenaires du couple, ou bien d'accumulation d'événements déstabilisants. Mais il ne faut pas négliger aussi les cas d'imaturité affective de ces couples qui ne savent pas couper leur cordon ombilical parental. Ils se trouvent alors porteurs de conflits de famille contre famille, valeurs contre valeurs, des combats incessants et stériles dont ils feront les frais.

### *Les rapports de dépendance à l'intérieur du couple*

Le cas le plus caricatural est celui de l'homme qui, après un infarctus, se met à avoir peur de faire le moindre effort, y compris sexuel, il a tout simplement peur de bouger. Souvent, alors, la femme peut inconsciemment prendre sa revanche de la domination qu'elle pense avoir subie jusque là. Elle prend la situation en main et chez le médecin, c'est elle qui apporte les dossiers, qui répond aux questions. Elle contrôle tout : elle est devenue la mère de son mari.

Souvent alors se déclenche une impuissance chez ce dernier. Comment pourrait-il fonctionner dans un rapport où il est devenu l'enfant malade de sa femme ? Coincé dans un rapport incestueux impossible, il manifeste ainsi son désaccord ou la préservation de son territoire par le droit de dire "non". Mais dans quelle famille, dans quel contexte la maladie arrive-t-elle ? Il est intéressant d'y réfléchir.

L'homme devenu impuissant aura tendance à dire " *Ce n'est pas moi, c'est la maladie qui est responsable de la perte de mon érection...* ". Ainsi, il se rassure ou fuit sans le savoir une situation de couple qui lui est devenue intenable. Il faut alors essayer de redonner la puissance à l'homme.

Dans le dialogue de la consultation, par exemple, le médecin doit savoir rassurer la femme qui parle et ne pas la déposer de la maladie de son mari. Dans le même temps, il veillera à recréer un espace de parole au mari dès que possible (c'est à sa femme qu'il demande la permission de le laisser parler), afin de lui redonner une place de " sujet " de son histoire et de sa maladie. Ainsi, il glisse sur un ton badin à l'épouse " *Vous n'êtes pas sa mère, laissez-le parler, il peut se débrouiller* ".

Or, on ne peut plus faire inconsciemment quelque chose qui a été conscientisé. Ce qui a été nommé, ce qui est devenu une représentation consciente, on ne peut plus le faire : le **changement** devient dès lors possible.

### *Les vieilles rancœurs*

Dans la maladie, toutes les vieilles **hostilités** vont pouvoir s'exprimer " *Regarde ce que tu es devenu(e)* ", " *Et qui va vouloir de toi ?* ", " *Heureusement que je suis là* " etc. D'autres, par contre, expriment le refus de la maladie de l'autre, la culpabilité, par la fuite. Parfois, la maladie constitue un écran sur lequel vient s'inscrire tout ce qui n'était pas jusqu'alors formulé.

Sous-jacent, on retrouve **la peur de la mort, de l'abandon, de l'autre**. Et à travers la peur de la mort de l'autre, nous sommes confrontés à la peur de notre propre mort, à la peur de l'abandon et de la solitude...

Cette tendance se retrouve chez les personnes qui dans leur enfance ont eu des parents " abandonniques " ou absents, ou qui pour des raisons imperceptibles pour les autres mais importantes pour eux, ont eu le sentiment de ne pas exister, de ne pas " compter ".

Ces personnes qui ont besoin de se sentir aimées, même si c'est l'autre qui est en difficulté, ne perçoivent que leur propre peur. La personne qui n'est pas malade fait alors la dépression et celle qui est malade la prend en charge....

### *Les dépressions, comment ?*

Il faut faire la différence entre une **réaction dépressive** qui est adaptée aux difficultés rencontrées et est dite "réactionnelle"; parce qu'un jour on ne parvient plus à réguler. Les personnes qui n'ont pas eu d'antécédents de structure psychologique fragile antérieure, une fois soignées, retrouvent en elles des ressources.

Les personnes porteuses de fragilité antérieure, par contre, développent une vraie maladie dépressive, à rechutes, même avec traitements médicamenteux (tristesse, mauvaise estime de soi, sentiment de pas être à la hauteur, pas digne d'intérêt, idées de mort comme seule solution...).

Il faut distinguer encore **les personnalités névrotiques** où le malade contrôle son entourage par sa maladie en obligeant inconsciemment les autres à le prendre incessamment en charge. Bien entendu, dans ces cas-là, il y a déséquilibre du couple.

La dépression est source de trouble de la libido (manque de désir) et de trouble de l'excitation sexuelle (manque de plaisir). De plus, les médicaments antidépresseurs peuvent, eux aussi, entraîner des blocages de l'orgasme et de la jouissance. S'il s'agit d'un couple en difficulté de communication, ce dernier aspect peut refermer le cercle vicieux et solidifier la difficulté sexuelle qui n'est au départ que le fruit du malaise.

### *Quelles questions posées en couple ?*

Le plus souvent " est ce normal ? ". Fréquence mode d'action, réponses sexuelles diverses, formes de sexualité considérées comme choquantes ou déviantes (premiers rapports sexuels difficiles ou impossibles..). " Comment faut-il faire ? " :

Couple + Difficultés sexuelles = Penser à dépister :

- Etat dépressif,
- Maladies associées à risques (diabète, HTA, maladies neurologiques, séropositivité),
- Conflit conjugal ou difficultés relationnelles du couple,
- Facteurs environnementaux défavorables (promiscuité, problèmes financiers et socio-économiques),
- Personnalité à risque : jalousie pathologique, somatisations itératives avec bénéfices secondaires dans le couple, etc.

### *Que faut il faire ?*

- Importance de l'écoute dédramatisante et empathique,
- Importance de la pédagogie et de la correction des conceptualisations erronées,
- Savoir renvoyer des questions éclairantes,
- Donner des conseils informatifs sur les modes de fonctionnements sexuels féminins et masculins,
- Donner des consignes comportementales destinées à débloquer une situation et/ou des consignes de communication,
- Ne pas avoir d'attitude moralisatrice ou de jugement,
- Savoir passer la main à un sexologue lorsque on détecte des difficultés liées à des personnalités trop fragiles ou pathologiques et que la difficulté sexuelle ne peut se satisfaire d'attitudes pédagogiques et d'aide à la communication.

### **A lire...**

C. Castelain-Meunier,  
*Les métamorphoses du masculin*, PUF, 2005.

P. et C. Cudicio,  
*Le couple et la communication*, 2000 OEM.

N. Grafeille, M. Bonierbale, M. Chevret-Measson,  
*Les cinq sens et l'amour*, 1983 R Laffont (Collection Réponses).

Kaufmann J.C.,  
*Sociologie du couple*, PUF, 1993.

Kellerhals J., Widmer E., Levy R.,  
*Les styles de conjugalité Mesure et démesure du couple*, Payot, 2004 .

W Pasini,  
*Le couple amoureux*, Odile Jacob, 2005.

FX Poudat,  
*Nous n'arrivons pas à nous entendre* 2000, Odile Jacob.

P Watzlawick, J Helmick Beavin, Don D.Jackson,  
*Une logique de la communication*, 1972 Seuil.

# L'apport de la formation de sexologie dans la pratique d'une infirmière en rééducation.

*Mme Navaux - Centre B. Vercelli, Cerbère*

La lésion médullaire occasionne à des degrés divers des dysfonctionnements périnéaux (vésico-sphinctériens, ano-rectaux et sexuels) mais également un bouleversement de la vie sexuelle. La section de la moelle interrompt la transmission de la motricité volontaire et de la sensibilité.

Notre prise en charge des troubles sexuels s'est longtemps limitée à une restauration des fonctions. L'apport sexologique nous autorise à proposer une réhabilitation de la sexualité à nos patients.

Notre démarche débute par un rétablissement de l'équilibre vésico-sphinctérien et ano-rectal. Il s'agit de limiter le risque de fuites urinaires et anales. La prise en charge de l'incontinence est indispensable et facilite l'approche des troubles génito-sexuels. Les moyens techniques et pharmacologiques nous permettent de proposer une revalidation des fonctions sexuelles.

Notre objectif est donc au départ de rétablir des fonctions et l'évaluation est essentiellement basée sur le questionnaire IIEF. Il donne une appréciation quantitative de la fonction sexuelle sur 75. C'est un questionnaire validé. Il permet l'évaluation de la fonction érectile, de la fonction orgasmique, de la libido, de la satisfaction des rapports sexuels. Il nous renseigne sur l'intensité et/ou la fréquence des différents items. L'évaluation de l'érection est plus précise (fréquence, rigidité, durée), mais elle reste très globale pour les autres paramètres. Le désir est la plupart du temps préservé.

Les traitements pharmacologiques à notre disposition aident à rétablir une érection de rigidité et de durée suffisantes pour permettre un rapport dans 80 à 90% des cas.

Les modes de déclenchement de l'éjaculation (spontané, vibromassage avec ou sans traitement) permettent dans 85% des cas de mettre en évidence un potentiel d'éjaculation. Rappelons que seulement 5 à 10% des patients ont une éjaculation coïtale de temps en temps. Celle-ci s'accompagne de réactions violentes qualifiées « d'équivalent d'orgasme ».

Le plaisir et l'orgasme sont succinctement abordés par peur de susciter inquiétude et déception chez les patients.

Durant toute cette phase, notre rôle est essentiellement basé sur la surveillance des essais thérapeutiques, l'écoute, l'information et l'éducation des patients.

Cependant, la revalidation des fonctions ne suffit certainement pas à assurer une vie sexuelle de qualité.

La section médullaire a de multiples conséquences au-delà de la paralysie et du fauteuil roulant. L'initiation à la sexologie nous fournit une meilleure compréhension des bouleversements et nous aide à élaborer un accompagnement plus actif. La période qui suit le traumatisme est marquée par une profonde altération de l'image corporelle associée à une importante blessure narcissique.

La lésion détruit le rapport familial que le sujet avait établi avec son corps. Celui-ci ne lui renvoie plus rien de ses positions, de ses besoins. Il s'est retiré de la conscience, il est silencieux et vide. Il devient étranger, ne lui répond plus, ne lui obéit plus. Le patient est atteint dans son être et dans l'image qu'il a de lui-même. Cette image est gravement dévalorisée. Il perd son statut d'adulte, son autonomie et le rapport qu'il entretenait avec autrui. Il s'ensuit une perte de l'estime de soi et donc de la capacité de séduction.

Les dysfonctions érectiles éjaculatoires et orgasmiques entraînent en outre une remise en question des critères de « compétence sexuelle » acquis jusqu'alors.

De nombreux auteurs ont insisté sur les effets dévastateurs de la dysfonction érectile (3-4-5-8). Le rétablissement précoce de l'érection est une étape primordiale. Il aide le patient à reconquérir une image narcissique valorisante et à réinvestir son identité sexuelle. Il contribue à la revalorisation de l'image corporelle et à la restauration de l'estime de soi. Celle-ci nous apparaît être une étape intermédiaire entre la défaillance du fonctionnement sexuel et le cheminement vers autrui. Cette phase contribue au retour de la disponibilité érotique et de l'intérêt érotique. Elle semble être un préalable à la phase de désir.

Kaplan (4) définit le désir comme « une forte envie qui pousse les hommes et les femmes à initier et à répondre à des situations sexuelles ». Il semblerait que le courant affectif du désir se soit développé dans notre population masculine (besoin de complicité, d'intimité, d'être aimé). On note néanmoins une conservation du désir érotique (désir de pénétration, recherche de sensations sexuelles). L'équilibre entre ces deux composantes contribue certainement à une pérennisation du désir dans le temps.

La mise en évidence d'un éventuel potentiel d'éjaculation (spontané, vibromassage avec ou sans traitement) laisse entrevoir une possibilité de jouissance. Seuls 6% des patients ont une éjaculation spontanée lors de la relation sexuelle (coït, masturbation, fellation). Elle rassure le patient quant à ses possibilités de procréation. Les réactions violentes observées participent au réinvestissement du corps.

L'éjaculation coïtale étant rare, nous devons à ce stade combattre quelques idées reçues : rôle de l'éjaculation dans le plaisir féminin, orgasme simultané nécessaire au plaisir...

L'information à la partenaire la libère de la culpabilité de ne pas « être à la hauteur ».

La prise en charge de cette fonction révèle le véritable potentiel mais également les limites du patient. Celui-ci sait sur quoi il peut compter mais également ce qu'il ne doit plus attendre.

Crépault et Desjardins ont décrit les deux composantes de l'orgasme : physiologique (ou orgaste) et psychologique (ou orgasme). Nous retrouvons ces deux composantes dans notre population. La composante orgastique se manifeste lors de l'éjaculation par de fortes contractures sous-lésionnelles, une hypertension artérielle et une bradycardie. Ces réactions peuvent être accompagnées d'une décharge émotionnelle dont l'intensité offre au patient la possibilité de retrouver un véritable orgasme.

### *Quel est cependant le plaisir lorsqu'il n'y a plus d'orgasme ?*

Boutot (1) nous dit que « le grand saut vers l'orgasme élimine presque tout le chemin érotique qui aboutit à la décharge sexuelle ». Les différents auteurs consultés ont mis en évidence les différentes sources de plaisir lors de la relation sexuelle.

Masters et Johnson (5) insistent sur la concentration sensorielle (sensitive focus) dans le traitement des dysfonctions sexuelles. Une diminution des sources d'anxiété (sécurité de l'érection, continence) facilite la réceptivité tactile de nos patients avec des particularités qui seront développées dans l'exposé suivant.

La pénétration est la confirmation de la puissance sexuelle et de l'identité sexuelle retrouvées, ce qui a été largement décrit dans la littérature (3-4). Elle procure beaucoup de plaisir à nos patients et nous conforte dans l'idée d'un rétablissement incontournable de l'érection.

Le plaisir ressenti lors de l'orgasme de la partenaire a également été souligné par certains auteurs (1-7). Il vient certainement conforter la réassurance narcissique et le sentiment de masculinité (être un bon amant). Il est mis en évidence dans notre population.

Crépault insiste sur l'importance de la vue dans l'éveil érotique de l'homme. Elle joue un rôle essentiel dans la montée de l'excitation chez nos patients.

L'absence de mobilité des patients contraint en outre les partenaires à se montrer très actives. Il s'opère une véritable modification des « rôles sexuels » (6), ce qui peut parfois être vécu comme une frustration. En effet, cette situation les renvoie non seulement à la passivité (attitude présumée féminine par définition) mais certainement à la castration. Quelques remarques des patients le confirment :

- « Je ne peux plus prendre le dessus »
- « Je suis devenu une nana et ma femme un mec »
- « C'est ma femme qui me fait l'amour mais pas moi »

Notre intervention à ce stade vise à tenter d'assouplir des stéréotypes sexuels la plupart du temps acquis.

Dans certains cas, notre démarche s'avère insuffisante. Il semblerait qu'un travail sur l'imaginaire puisse l'enrichir.

Crépault nous dit en effet que « l'imaginaire érotique peut être défini comme une zone érogène intrapsychique ». Il le définit comme « la faculté qu'a l'humain de s'autoérotiser mentalement par la création de fantasmes » (2).

Par sa fonction compensatoire, le fantasme érotique permet de compenser les insuffisances de la réalité. Il corrige une situation insatisfaisante, limitative ou inaccessible.

Par sa fonction défensive, il peut également aider à surmonter un état dépressif ou une frustration particulière. L'utilisation des fantasmes peut d'ailleurs être conseillée chez d'autres patients.

Tous ces conseils et informations sont fournis à tous les stades de la prise en charge. Il semble qu'ils favorisent une réappropriation du corps et permettent d'aborder la relation sexuelle avec la partenaire d'une manière plus sereine.

La revalidation des fonctions est une première étape indispensable à toute prise en charge des troubles sexuels.

L'apport sexologique nous autorise à orienter le patient vers d'autres sources de plaisir. Il nous permet de proposer un accompagnement de meilleure qualité et d'envisager une véritable réhabilitation de la sexualité.

Nous espérons que cet exposé vous a convaincu des multiples modifications de notre approche des troubles sexuels autorisées par un abord sexologique complémentaire.

## **Bibliographie**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1. BOUTOT B. (1982)<br><i>L'orgasme au masculin.</i><br>Le jour.  | 4. KAPLAN H. (1979).<br><i>La nouvelle thérapie sexuelle.</i><br>Bouchet et Chastel.                              | 7. TREMBLAY R. (1998)<br><i>Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels.</i><br>Tome 1 ; L'adolescence - Erès. |
| 2. CREPAULT C. (1981)<br><i>L'imaginaire érotique et ses secrets.</i><br>Presses de l'université du Québec. | 5. MASTERS W.H., JOHNSON V.E. (1971)<br><i>Les mésententes sexuelles et leur traitement.</i><br>Roser et Laffont. | 8. TRUDEL G. (2004)<br><i>Les dysfonctions sexuelles.</i><br>Presses de l'Université du Québec, 2 <sup>ème</sup> édition.  |
| 3. CREPAULT C., DESTARDINS J.Y. (1976)<br><i>La complémentarité érotique.</i><br>Educom.                    | 6. MONEY J., TURNER P.<br><i>Etes-vous un homme ou une femme ?</i><br>Les éditions La presse.                     |  |

# Quelle prise en charge aujourd'hui pour les troubles de l'érection ?

*Pierre Costa - Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes*

*et Mireille Bonierbale - Service de Psychiatrie, CHU Sainte Marguerite Marseille*

Jusqu'en 1980, les différents praticiens de santé étaient extrêmement démunis face à la dysfonction érectile (DE). L'explosion des connaissances à partir de cette date dans les mécanismes physiopathologiques de l'érection et de la dysfonction érectile, a eu comme corollaire la découverte de traitements efficaces.

Ces avancées scientifiques ont poussé les différents professionnels de santé concernés à une réflexion profonde sur les stratégies diagnostiques, mais également préventives et thérapeutiques, dans le domaine de la dysfonction érectile qui dépasse la plupart du temps le simple symptôme et est le témoin d'une pathologie sous-jacente, parfois multiple, qu'elle soit cardio-vasculaire, métabolique...

Parallèlement, le désir sociétal – largement véhiculé par les médias – va vers « l'obligation » d'une santé physique et mentale prolongée le plus longtemps possible.

Si différentes conférences de consensus au sein de la communauté urologique ont éclairé ces spécialistes dans cette prise en charge, il apparaît qu'il n'y avait pas eu de réels travaux permettant d'établir des recommandations solides mais également concrètement adaptables à la pratique du médecin généraliste, qui reste le professionnel de santé en première ligne vis-à-vis de son patient.

Des recommandations pour la prise en charge en première intention d'un patient rapportant une dysfonction érectile en médecine générale ont été élaborées sous l'égide de l'Association inter-hospitalo-universitaire de sexologie et sont intégralement disponibles sur le site de l'association ([www.aihus.fr](http://www.aihus.fr)).

La méthode de travail utilisée a suivi celle décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique-Bases méthodologiques pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes.

## 1- Prise en charge initiale de la dysfonction érectile en médecine générale

Le médecin doit évaluer la demande réelle du patient et si possible de son couple, ainsi que sa motivation à un éventuel traitement. Il convient de l'interroger sur les raisons qui l'ont poussé à consulter (par exemple une rencontre récente, une demande de la partenaire). La demande du patient peut aller de la quête d'un renseignement à une prise en charge complète, en passant par une simple réassurance. L'élimination d'une pathologie grave (cancer de prostate...) par le bilan effectué peut lui suffire, si la requête du patient était en fait une simple demande de bilan urologique et qu'il est rassuré par la normalité de celui-ci.

Le choix d'une thérapeutique doit être un choix expliqué, une décision partagée avec le patient et éventuellement sa partenaire (Accord professionnel fort).

Cette prise en charge se décline en plusieurs étapes :

### a. Une information sexuelle

Il faut expliquer la physiologie de l'érection, le mécanisme des pannes et celui de l'anxiété de performance ainsi que la prévalence de la dysfonction érectile et l'évolution de la sexualité avec l'âge.

Le but est de rassurer et de dédramatiser, de façon adaptée à l'âge et à la demande, en prenant en compte si possible la partenaire.

Lorsque l'homme est en couple, il est recommandé au médecin de prendre en compte la dimension du couple, afin de ne pas réduire la prise en charge à un simple traitement du symptôme.

Amener les partenaires à savoir se parler de leur sexualité et de leurs attentes permettra :

- d'éliminer la peur de l'échec,
- de restaurer une meilleure communication dans le couple,
- de retrouver une intimité,
- d'annihiler les doutes de la femme sur les possibilités d'érection de son partenaire : cette crainte de l'échec peut renforcer l'échec (Wylie 1997).

En somme, il s'agit d'appliquer les principes d'une sexothérapie.

## **b. Des conseils d'hygiène de vie**

Il faut essayer de modifier les facteurs de risques et envisager : régime alimentaire, sevrage du tabac et d'éventuelles autres substances addictives, lutte contre la sédentarité, sport, vacances...) Derby (2000) a retrouvé qu'un mode de vie sédentaire ainsi que l'obésité favoriseraient la dysfonction érectile, alors que l'activité physique serait au contraire protectrice.

## **c. Un changement éventuel des traitements en cours :**

Dans de nombreuses études, l'interprétation est rendue difficile du fait de l'intrication entre prise de médicaments et co-morbidités.

De très nombreux traitements, dont les anti-hypertenseurs, les psychotropes, les anti-lipémiants et les anti-androgènes sont susceptibles d'avoir un effet délétère sur l'érection, mais également sur la libido.

Les seuls médicaments, en dehors des anti-androgènes, apparaissant, après ajustement sur les co-morbidités, comme délétères sur la fonction érectile étaient les diurétiques non thiazidiques et les benzodiazépines dans l'étude MMAS (Derby et al. 2001) ; pour les bêta-bloquants, seuls les non sélectifs pourraient entraîner une DE. (Croog et al. 1988).

La première recommandation, avant d'envisager un changement de traitement, est de vérifier le rapport chronologique, notion essentielle, entre la mise en route du traitement et le début des troubles sexuels.

Une difficulté particulière est représentée par la prise d'antidépresseurs : l'intrication possible avec des problèmes sexuels induits par le syndrome dépressif rend leur responsabilité difficile à évaluer.

Si le patient est suivi par un psychiatre, le médecin doit prendre contact avec celui-ci avant tout changement de traitement. Si le patient est traité par son médecin généraliste pour une dépression et que celle-ci est bien stabilisée, (la DE semble liée au traitement et non pas le témoin d'une absence d'amélioration de la dépression), un changement de traitement pour une molécule antidépressive moins délétère sur la sexualité (moclobémide, milnacipran, mirtazapine, amineptine ou tianeptine) est alors possible. Pour ne pas prendre le risque de déstabiliser la dépression en changeant de molécule, on peut aussi adjoindre au traitement initial un iPDE5.

En pratique, la réalité de la responsabilité des médicaments, quelle que soit leur classe thérapeutique, est difficile à évaluer, et de plus la connaissance par le patient des effets secondaires des traitements augmente leur fréquence d'apparition. Lorsqu'un patient est ainsi persuadé de la responsabilité d'un traitement, il sera possible de proposer un changement pour une autre molécule d'efficacité équivalente.

## **d. Traitement médicamenteux d'aide à l'érection**

Il est recommandé au médecin généraliste de faire participer de façon active le patient et son couple au choix du traitement, en en discutant les bénéfices, les risques, le coût selon leur besoin (accord professionnel fort).

Le groupe de travail recommande l'utilisation en première prescription des iPDE5 qui représentent actuellement le traitement oral de référence en première intention dans la dysfonction érectile.

Il n'existe pas d'étude comparative publiée montrant une différence d'efficacité de l'un ou de l'autre des iPDE5. Les études de préférence rapportées souffrent d'une méthodologie insuffisante.

Le médecin généraliste doit connaître les propriétés de chaque traitement, afin de choisir avec son patient et sa partenaire la molécule la plus adaptée à leurs attentes et aux traitements en cours. Hormis cas particuliers, les différences intrinsèques entre les trois molécules ne permettront pas au médecin généraliste de préconiser un iPDE5 plutôt qu'un autre et le critère de choix à retenir sera celui de son patient, après information sur ces trois iPDE5, notamment sur leur délai et leur durée d'action.

Il est recommandé au médecin d'expliquer au patient les modalités de prise :

- il s'agit d'un traitement facilitateur de l'érection, à la demande, nécessitant une stimulation sexuelle,
- dont l'effet peut être visible dès la première prise mais dont les résultats peuvent encore s'améliorer au fil du traitement ; ce qui nécessite un minimum de 4 à 6 essais,
- le patient et sa partenaire doivent éviter de se sentir obligés d'avoir un rapport sexuel parce que le patient aura pris auparavant un comprimé et ils ont, quel que soit le traitement pris, une plage d'efficacité d'au moins 4 à 5 heures, « sans précipitation », pour une relation sexuelle...

Cet encadrement de prescription est indispensable, puisque l'on sait qu'une cause fréquente d'échec du traitement oral est l'absence d'explications (prescription « sèche »).

Chez tous les patients, ayant ou non une pathologie cardio-vasculaire connue, avant instauration d'un traitement d'aide à l'érection quel qu'il soit, il convient de vérifier l'aptitude à l'exercice physique que représente le rapport sexuel.

Il faut suivre le consensus de Princeton : le patient doit être capable de faire facilement :

- soit la montée de deux étages (un étage pour une partenaire habituelle !)
- soit 20 minutes de marche par jour.

S'il n'y a pas de maladie coronarienne connue :

Chez un patient actif et asymptomatique à l'occasion d'efforts réguliers, avec peu ou pas de facteurs de risque cardio-vasculaire (<3), les inhibiteurs de la PDE5 sont autorisés sans exploration cardiologique préalable,

Chez un patient sédentaire et/ou présentant plus de 3 facteurs de risque : les inhibiteurs de la PDE5 ne doivent pas être prescrits sans un avis cardiologique : c'est le cardiologue qui jugera de la nécessité d'un test d'effort.

Chez un patient coronarien connu, un avis cardiologique est nécessaire avant d'initier le traitement. En cas de prise de dérivés nitrés, le cardiologue réévaluera l'ordonnance et jugera de la possibilité de supprimer les nitrés.

Les traitements locaux, comme les injections intra-caverneuses de PGE1, l'instillation endo-urétrale de PGE1 ou les pompes à vide (vacuum) ne font pas partie de la prise en charge de première intention mais seront utiles en cas de contre-indication ou d'inefficacité des iPDE5.

## 2- Réalisation de cette prise en charge (algorithme)

- Pour une évaluation complète, souvent difficile à réaliser en une seule consultation, il est recommandé au médecin de ne pas hésiter à prolonger l'entretien au cours d'une 2<sup>ème</sup> consultation.

- Il faudra, si nécessaire, et avec l'accord du patient, intégrer la partenaire au diagnostic et au traitement.

**1. A la fin de cette évaluation médicale, sexuelle et psycho-sociale**, le médecin généraliste, sans formation sexuelle spécifique, **peut prescrire lui-même à son patient** un médicament d'aide à l'érection s'il s'agit d'une dysfonction érectile sans facteurs de complexité :

- **secondaire**,

- **isolée** (sans autre trouble sexuel au premier plan), dont l'ancienneté ne paraît pas un facteur de complexité,

- **avec une capacité érectile résiduelle**,

- **au sein d'un couple motivé** (sans conjugopathie ou problème relationnel au premier plan).

- Un suivi est indispensable : le médecin devra **systématiquement reconvoquer** son patient **au bout d'un à deux mois** pour évaluer sa réponse au traitement et s'assurer de la bonne compréhension de l'utilisation du traitement, de son efficacité, de l'absence d'effets secondaires, et de la satisfaction du couple.

- **En cas d'échec d'un traitement oral, il est recommandé :**

- De réévaluer l'histoire de la DE et le fonctionnement sexuel du couple,

- D'expliquer à nouveau les modalités de la prescription, l'utilité de la répétition des essais (4 à 6 essais sont nécessaires avant de conclure à l'inefficacité du traitement au dosage initial),

- D'augmenter le dosage, si les essais répétés ont été inefficaces, jusqu'au dosage maximum disponible,

- De réévaluer les interactions médicamenteuses,

- De réétudier le contexte psychologique ou d'éventuelle conjugopathie,

- De réévaluer le statut endocrinien et d'envisager l'intérêt d'une androgénothérapie associée aux iPDE 5 en cas de déficit androgénique,

- De rechercher une anomalie organique ou non, méconnue ou apparue depuis la première consultation.

- **En cas de persistance de la situation d'échec**, il est recommandé au médecin généraliste de proposer à son patient l'avis du spécialiste adapté, en vue d'une éventuelle co-prise en charge (qui sera identique à celle de la problématique complexe exposée ci-dessous). Afin de faire accepter au mieux cette prise en charge partagée, il sera très utile que le médecin généraliste évoque avec son patient la possibilité d'utilisation d'une autre thérapeutique d'aide mécanique à l'érection (IIC, vacuum), d'une prise en charge de nature psycho-sexologique ou d'une androgénothérapie substitutive. Si le médecin est parfaitement formé aux IIC, il pourra les instaurer lui-même.

**2. Si le médecin généraliste identifie une problématique plus compliquée**, il opérera d'emblée pour une prise en charge collégiale avec le spécialiste adapté.

- **Si une pathologie d'organe est suspectée :**

- le patient sera adressé au **cardiologue** si un bilan cardiologique est nécessaire (cf consensus de Princeton). Il peut être adressé également à l'**angiologue** si un bilan vasculaire est indiqué.



- le patient sera adressé à l'**urologue** :

a) s'il existe une pathologie génito-urinaire : une suspicion de cancer de prostate, une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique non contrôlée, une maladie de Lapeyronie,

b) après un important traumatisme pelvi-périnéal quand on suspecte une étiologie vasculaire post-traumatique (il peut aussi être envoyé au chirurgien vasculaire),

- le patient sera adressé à l'**endocrinologue ou au diabétologue** s'il souffre d'une endocrinopathie compliquée.

- le patient sera adressé au **neurologue** s'il nécessite un avis neurologique spécialisé.

• **En cas de DE complexe :**

- Le patient sera adressé au **psychiatre** s'il s'agit, d'un trouble de la personnalité (anxiété généralisée par exemple) ou d'une suspicion de paraphilie, de même si le patient présente une dépression réfractaire. En cas de DE primaire, il pourra être orienté vers un psychiatre ou un psychosexologue.

- Le patient sera adressé au **sexologue ou au psychologue** s'il présente une conjugopathie, un trouble du désir, une dysharmonie sexuelle ou un problème d'éjaculation rapide au premier plan ou s'il existe d'importants troubles relationnels.

- Le patient sera adressé à l'**urologue**, à l'**andrologue**, au **sexologue**, à l'**angiologue** ou au **neuro-rééducateur (c'est-à-dire au confrère spécialiste adapté, dans le réseau géographique du médecin généraliste)** pour instauration des traitements locaux, sauf si, parfaitement formé, il peut les instaurer lui-même.

• **Lorsqu'une problématique chez la partenaire est suspectée :**

- Un avis sera demandé au **gynécologue** s'il s'agit d'une pathologie gynécologique que le médecin traitant ne peut pas prendre en charge.

- Un avis sera demandé au **sexologue** s'il est suspecté une dysfonction sexuelle chez elle.

**3. Comment adresser son patient à un spécialiste ? Modalités de la coopération :**

Il est recommandé, devant un patient présentant une problématique complexe qui nécessite une prise en charge par un spécialiste, d'essayer, autant que possible, de diminuer chez ce patient le sentiment d'abandon ou de désintérêt qu'il pourrait ressentir de la part de son médecin (accord professionnel). Pour cela, il est proposé (accord professionnel) :

- de lui dire que l'on souhaite un avis complémentaire pour que son problème soit pris en charge de façon optimale,
- de ne proposer d'abord qu'une simple consultation auprès du spécialiste correspondant à son problème,
- de présenter cette consultation comme simplement liée au besoin de rassembler des informations avant de le traiter,
- de lui proposer d'emblée un autre rendez-vous de consultation pour discuter avec lui des résultats de cet avis spécialisé et mettre en œuvre le traitement,
- de l'inciter, lors de cette seconde consultation, à reprendre contact avec le spécialiste pour que celui-ci puisse instaurer sa prise en charge spécifique : mise en place d'une co-thérapie.

*Par exemple :*

Devant un patient qui présente une DE faisant suite à une diminution de son désir sexuel et chez lequel on veut engager une prise en charge psycho-sexologique centrée sur ce trouble du désir, il est recommandé au médecin généraliste de se référer à une perturbation simple, facilement acceptable par le patient et rassurante pour lui, afin de lui faciliter l'acceptation de la démarche :

*«J'ai le sentiment que votre DE pourrait être favorisée par de l'anxiété (?) de l'angoisse (?) une diminution de votre élan de vie (?) ... j'ai besoin de savoir à quel point cela existe chez vous. Le traitement que je vous proposerai ensuite en tiendra compte ...»*

Un **suivi** par le médecin généraliste est indispensable après l'avis donné par le spécialiste, même si celui-ci a instauré une prise en charge thérapeutique : il faut élaborer une « co-thérapie » ; le médecin généraliste reste le référent et revoit son patient de temps en temps pour assurer la continuité du soutien psychologique et évaluer ses progrès thérapeutiques.

La coopération entre le médecin généraliste et le spécialiste est très importante pour que le patient adhère à sa prise en charge.

## 3- Importance de la communication

Ainsi, aborder ses difficultés sexuelles avec un médecin, même avec son médecin généraliste, s'avère souvent particulièrement difficile pour la majorité des patients. Effectivement, dans l'enquête ISIR-MORI (Corrado 1999), quand on a demandé aux hommes d'énumérer quel problème ils aborderaient le plus difficilement avec leur médecin, les problèmes d'érection arrivaient au premier rang pour 42 % des Français.

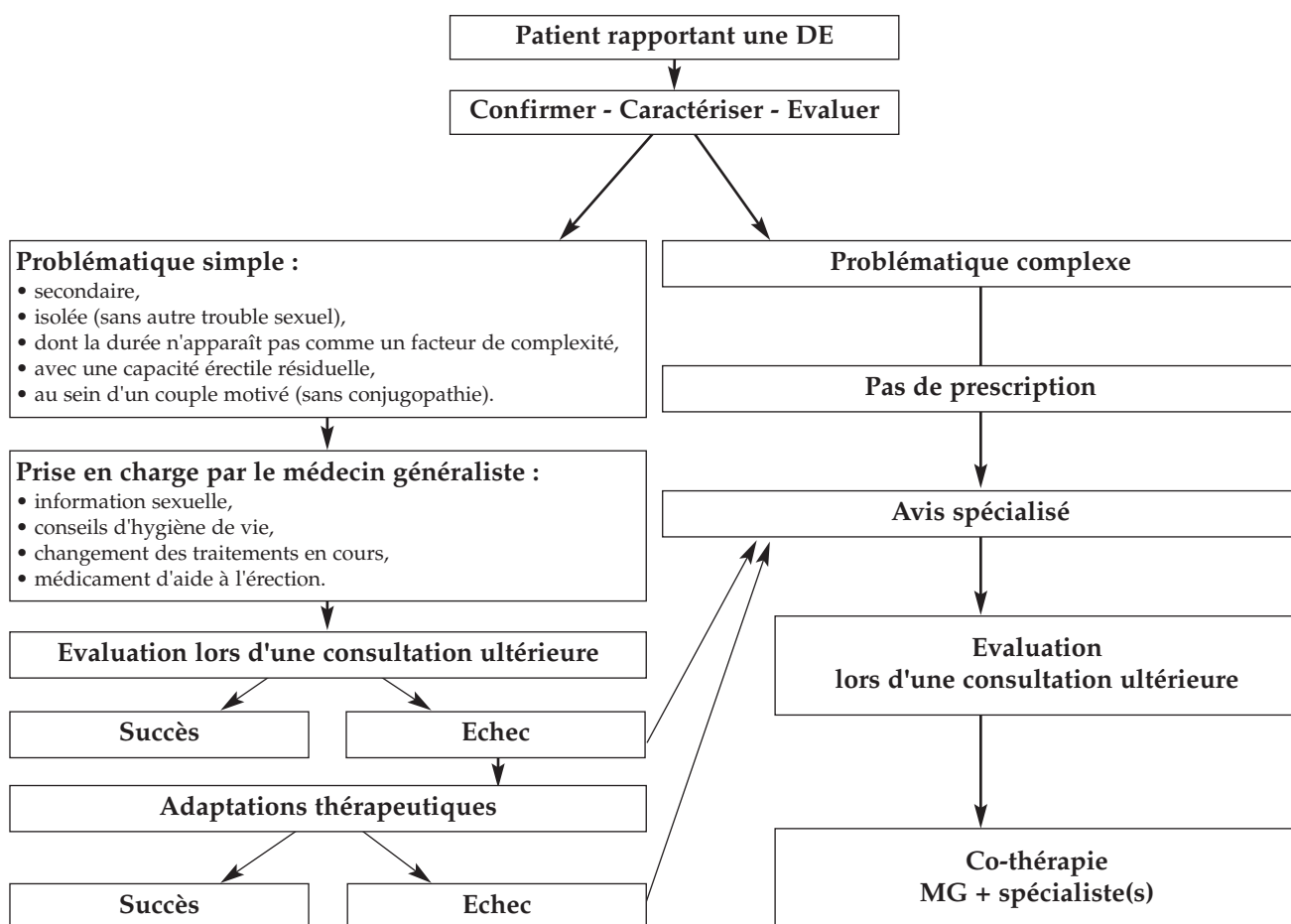
Lorsqu'un patient a su vaincre son embarras et mentionner un trouble de l'érection au cours d'une consultation, le médecin doit surveiller attentivement sa propre communication, de façon à aider son patient à s'exprimer. La communication médecin-patient est à ce stade très fragile et le dialogue peut s'interrompre à tout moment.

Il est recommandé, afin d'établir une relation de confiance :

- De recueillir l'information (l'existence des troubles de l'érection) avec beaucoup de sérieux, en montrant de l'intérêt et en adoptant une attitude positive,
- De surveiller sa communication non verbale en évitant toute expression faciale inappropriée (sourire, froncement de sourcils, moue de lassitude...), en regardant son patient dans les yeux, sans détourner la tête, et en se montrant très attentif à ses propos,
- De gérer sa propre attitude face aux émotions exprimées par le patient, émotions qui pourront aller de l'embarras et de la gêne à la souffrance, au sentiment de dévalorisation voire à l'anxiété par rapport à la situation de son couple. Hors situations particulières, il sera le plus souvent approprié d'adopter une attitude empathique, reconnaissant certes les émotions du patient et les acceptant, mais sachant conserver la distance nécessaire à la poursuite de l'entretien,
- De maintenir une atmosphère de confidentialité en évitant d'être dérangé inutilement et notamment en refusant les appels téléphoniques non indispensables,
- Capable de poser simplement et tranquillement toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension des problèmes en cause, en nommant clairement les faits mais en respectant la pudeur de son patient et la sienne propre,
- D'utiliser pour cela des mots simples en reprenant si nécessaire les propres termes du patient, si celui-ci ne comprend pas les termes médicaux,
- De confirmer au patient que le secret médical sera strictement respecté.

#### Références :

Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. F. Cour, P. Fabro-perey, B. Cuzin, M. Bonierbale, P. Bondil, M. de Crecy, M. Desbarats, A. Faix, F. Hedon, A. Lemaire, G. Paris, F. Philippe, M. Segalas, I. Tournerie, M.H. Colson, P. Costa. Progrès en Urologie 2005 ; 15 : 1011-20.



# Le déficit androgénique existe-t-il ?

## L'avis de l'Urologue

Pierre Costa - Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes

### 1- Les motifs de consultations :

#### • Quelle est la fréquence de cette affection dans notre pratique ?

L'hypogonadisme masculin est une réalité. Plusieurs études, transversales (Davidson 1983, Deslypere et Vermeulen 1984), puis longitudinales (Harman 2001), ont démontré l'existence d'une diminution de la testostérone avec l'âge en dehors de tout contexte pathologique. Cette diminution débute tôt, dès la 3ème décennie, et est d'environ 1% par an pour la testostéronémie totale. Elle s'accompagne d'une augmentation de la sécrétion de la protéine de transport, la SHBG et d'une disparition de son cycle nyctéméral. La testostéronémie libre diminue aussi, un peu plus tardivement (vers 35 ans) mais avec une pente un peu plus prononcée de 1,5% par an (Simon 1992, Vermeulen 1996).

Mais cette diminution est progressive, sans cassure brutale, et avec des variations individuelles importantes (Lejeune 2001). Certains hommes conserveront toute leur vie un taux élevé de testostérone, alors que d'autres auront une testostéronémie très abaissée.

La fréquence de l'hypogonadisme dans la population générale est différente selon que l'on considère la testostéronémie totale ou la testostéronémie biodisponible. En dosant la testostéronémie totale, le pourcentage de sujets ayant une valeur inférieure à la normale des jeunes est de 7% entre 40 et 60 ans, 22% entre 60 et 80 ans et atteint 37% après 80 ans (Vermeulen 1996). Le pourcentage d'hypogonadisme dans une population d'hommes de 40 à 87 ans passe de 9%, si on utilise le dosage de la testostérone totale, à 34% si on utilise le dosage de la testostérone biodisponible (Dechaud 1989). Si l'on se réfère encore au taux de testostérone biodisponible, 50% des hommes de plus de 55 ans pourraient être concernés (Tenover 1997).

Nous ne voyons pas actuellement autant de patients avec un hypogonadisme dans notre consultation. Pourquoi ? Pour essentiellement 2 grandes raisons :

- 1- certains patients avec un hypogonadisme n'ont pas de retentissement clinique. Ils ne consultent pas. Ils n'auraient d'ailleurs pas de traitement si un dosage « systématique » en faisait le diagnostic.
- 2- l'hypogonadisme masculin est une pathologie encore mal connue, de la collectivité médicale et du grand public. Son diagnostic reste rarement évoqué, même devant des signes cliniques qui sont très évocateurs chez la femme, comme la survenue de bouffées de chaleur par exemple.

Toutefois notre activité en matière d'hypogonadisme masculin augmente régulièrement et devrait continuer à augmenter dans les prochaines années, ne serait ce que du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie de nos patients.

#### • Quels sont les profils des patients ?

La majorité des patients vus par un urologue, pour lesquels un diagnostic d'hypogonadisme est évoqué, a une plainte d'ordre sexuel : parmi eux, il y a d'abord ceux qui sont persuadés d'avoir une « andropause ». Ils sont jeunes, ayant à peine un peu plus de 50 ans et leur milieu socio-économique est en général élevé. Ils se présentent à la consultation avec un magazine grand public contenant un article sur ce sujet. Ils y ont retrouvé tous leurs symptômes et pour eux le diagnostic ne fait aucun doute ! Ils mettent généralement en avant une diminution de leur libido, une érection diminuée et une grande fatigue générale... Il y a ensuite ceux qui ont consulté pour un trouble de l'érection. Peu d'entre eux évoquent spontanément l'hypogonadisme. C'est l'urologue qui en parlera si le contexte clinique le justifie.

C'est aussi l'urologue qui va rechercher un hypogonadisme chez des patients vus pour un tout autre motif, lorsqu'il va noter la présence de signes cliniques évocateurs comme une asthénie physique ou psychique en association avec une diminution de la masse musculaire, une augmentation de la masse grasse et une diminution de la pilosité....

Plus rarement, il s'agit d'un sujet jeune, de moins de 40 ans qui vient consulter dans le cadre du suivi d'un traumatisme testiculaire (accident de moto par exemple) ou pour une infertilité de son couple. Un hypogonadisme est ainsi souvent présent dans les syndromes de Klinefelter (XXY).

Enfin, et de plus en plus, nous sommes amenés à voir en consultation des patients à la demande de l'un de nos confrères. Le diagnostic d'hypogonadisme est parfois seulement évoqué et il s'agira alors de le confirmer. Dans d'autres cas, l'hypogonadisme est déjà démontré et le traitement peut avoir débuté. Notre correspondant souhaite avoir un avis spécialisé sur la prostate de son patient, avant l'instauration du traitement suppléatif ou au cours de son suivi.

#### • Dans quelle proportion viennent-ils spontanément ou sont-ils adressés par des confrères ?

Environ la moitié des patients que nous voyons en consultation et chez lesquels nous évoquons un hypogonadisme se présentent spontanément. L'autre moitié nous est adressée par des confrères, endocrinologues ou gynécologues et surtout médecins généralistes.

## 2- Démarche diagnostique :

### • Quels sont les signes d'hypogonadisme associés cliniques et paracliniques ?

Il est facile d'évoquer un hypogonadisme devant des troubles sexuels apparus après la cinquantaine et représentés par une diminution de la libido et de l'activité sexuelle, une fonction érectile médiocre, une disparition des érections nocturnes et matinales spontanées, une diminution du plaisir, une éjaculation jugée insuffisante (en qualité et en volume).

Mais il faut aussi savoir y penser devant des manifestations très diverses comme :

- des symptômes fonctionnels tels qu'asthénie et fatigabilité accrue, troubles du sommeil et insomnie mais aussi accès d'hyperhidration, bouffées vasomotrices de type flush,
- la modification du schéma corporel : diminution de la masse et de la force musculaire, augmentation de la masse grasse (graisse viscérale et surtout abdominale), dépilation pubienne et axillaire, hypotrophie testiculaire,
- des troubles du caractère : irritabilité ou indifférence, perte de l'estime de soi, manque de motivation, d'élan vital et de combativité, troubles de la concentration... Parfois, il s'agit de troubles de la mémoire récente.

A l'exception de la diminution de la libido, la plupart des symptômes pouvant faire évoquer une diminution de la testostérone est donc d'apparence banale. Le diagnostic doit être posé par un dosage hormonal, celui de la testostéronémie :

- Si la testostérone totale demeure la référence pour détecter l'hypogonadisme chez l'homme jeune, son dosage a beaucoup moins de valeur chez le sujet âgé en raison de l'augmentation du taux de SHBG. Le dosage le plus fiable est celui de la **testostérone biodisponible**.
- La valeur seuil à partir de laquelle peut être posé le diagnostic d'hypogonadisme est définie comme la limite inférieure de la normale, dans une population d'hommes jeunes en bonne santé. Une valeur inférieure à celle de la tranche d'âge du sujet traduit une diminution particulièrement sévère (Buvat 2003). Il est important de tenir compte des normes de chaque laboratoire.

Si la testostéronémie s'avère normale, il faut rechercher une autre étiologie. Si, par contre, la valeur de testostérone est bien inférieure à la normale, le diagnostic d'hypogonadisme peut être sérieusement évoqué. Il doit être confirmé par un deuxième dosage. Cette deuxième prise de sang permettra de doser la LH :

- Hypotestostéronémie et LH élevée signent une atteinte testiculaire, en général confirmée par l'examen clinique (petit volume testiculaire). La situation est simple. Un traitement suppléatif peut être envisagé.
- Hypotestostéronémie et LH normale ou abaissée peuvent traduire l'existence d'une pathologie de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Un dosage de la prolactinémie trouve là tout son intérêt. Un avis spécialisé, endocrinologique, est probablement à demander, surtout s'il existe une hyperprolactinémie.

### • Quelles explications donnez-vous aux patients ?

Lorsqu'un hypogonadisme a été diagnostiqué, la discussion avec notre patient va nous conduire à lui expliquer que, du fait de l'importance en physiologie de la testostérone, la prescription d'androgènes peut permettre d'obtenir une amélioration de beaucoup de ses symptômes, et donc finalement une amélioration de sa qualité de vie (Matsumoto 2002).

Il est alors utile de lui faire part que l'étude des patients traités montre que :

- le traitement androgénique permet d'améliorer l'activité sexuelle, surtout en restaurant la libido (un effet positif sur l'érection est possible mais moins fréquemment obtenu),
- il existe également une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution de la fatigue aussi bien physique que psychique, une amélioration de l'humeur et de la sensation de bien-être,
- la mémoire spatiale et verbale s'améliorent,
- la restauration d'un taux physiologique d'androgènes accroît la masse maigre et plus spécifiquement la masse musculaire, réduit la masse grasse, augmente la force musculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs,
- on sait aussi depuis longtemps que l'hypogonadisme est une étiologie possible de l'ostéoporose chez l'homme et que la testostérone va relancer la formation osseuse,
- les données actuelles montrent un effet favorable de la testostérone sur la sphère cardio-vasculaire avec notamment une amélioration des tests à l'effort chez des coronariens avérés.

Il faut ensuite évoquer avec lui l'existence de contre-indications et de précautions d'emploi et donc la nécessité de réaliser un bilan pré-thérapeutique. C'est à ce moment là qu'il convient d'expliquer la nature et l'importance des liens existant entre la testostérone et la prostate. Cela justifiera de le surveiller ensuite pendant toute la durée de son traitement.

## 3- Les traitements et suivis :

### • Le choix des traitements.

Il est actuellement possible de proposer à nos patients un traitement androgénique suppléatif sous 3 formes différentes : orale avec l'undécanoate de testostérone (en France, les formes méthylées, qui posent des problèmes non négligeables d'hépatotoxicité, ne sont pas commercialisées), parentale IM avec l'énanthate de testostérone et transdermique percutanée avec le gel de testostérone.

Le traitement per os permet d'augmenter facilement la posologie en cas de besoin. L'undécanoate de testostérone est à résorption lymphatique, permettant d'éviter le premier passage hépatique. Une bonne imprégnation androgénique nécessite au moins 2 et plus généralement 3 prises quotidiennes. Son absorption est dépendante des prises alimentaires et doit donc se faire au moment des repas. Les prises multiples peuvent s'avérer contraignantes pour certains patients. Il est

impossible d'envisager la réalisation de dosages de la testostéronémie pour adapter la posologie car les taux de testostéronémie obtenus après absorption orale d'undéconoate de testostérone sont très fluctuants.

**Les injections huileuses intramusculaires de testostérone retard (éнанthane de testostérone)**, permettent d'augmenter les taux plasmatiques de testostérone pendant 2 à 4 semaines. Beaucoup de patients apprécient de n'avoir ainsi un traitement que toutes les 2 ou 3 semaines environ. D'autres signalent que, du fait de l'excipient huileux, les IM sont parfois douloureuses. Le taux obtenu dans les premiers jours qui suivent l'injection IM se situe au dessus des valeurs physiologiques. Lorsque les injections sont très espacées, notamment de 4 semaines, la testostéronémie peut retomber au dessous des valeurs normales juste avant l'injection suivante. Il est facile de contrôler la testostéronémie en prescrivant un dosage le matin du jour précédant la nouvelle injection. Le résultat permettra d'espacer ou de rapprocher les IM. La meilleure androgénisation est souvent apportée par un intervalle de 2 semaines entre les injections.

**La voie percutanée et transdermique** est facile d'utilisation et évite bien sûr le premier passage hépatique. Les patchs ne sont toujours pas disponibles en France. Nous disposons aujourd'hui d'un gel hydro-alcoolique de testostérone en sachets unidose. Il faut prescrire une seule application par jour au niveau de la peau propre et sèche des épaules, des avant-bras et/ou de l'abdomen. Il faut recommander au patient de bien se laver les mains après application pour éviter tout risque de transfert à quelqu'un d'autre. Après absorption par la peau, la testostérone diffuse dans la circulation générale à des taux constants au cours du nyctémère. Les concentrations plasmatiques de testostérone sont stables dès le 2ème jour de traitement. Il est possible d'augmenter les doses prescrites si l'amélioration clinique est insuffisante et si un contrôle de la testostéronémie, réalisée juste avant l'application suivante montre un taux circulant encore inférieur à la normale. La compliance à moyen et long terme à ce traitement est perturbée par son non remboursement.

Quel traitement choisir ? Ces 3 formes d'androgénothérapie sont utilisables par la plupart de nos patients. Le choix final se fera donc en tenant compte des souhaits propres du patient, après lui avoir exposé les principales caractéristiques de chaque traitement. Le traitement intra-musculaire reste très employé, probablement du fait de son utilisation discontinue, 1 à 2 fois par mois et de son coût très modique.

### • Quelles surveillance et suivi doit-on pratiquer ?

Au niveau de la sécurité, l'androgénothérapie de l'homme a soulevé beaucoup d'interrogations, liées essentiellement au caractère androgénodépendant du cancer de la prostate.

**Un bilan pré-thérapeutique** est indispensable avant toute prescription (Matsumoto 2002, Morales 2002, Buvat 2003). Il s'agit de dépister les contre-indications qui rendent impossible la prescription d'androgènes et les facteurs de risques qui conduisent à des précautions d'emploi.

#### - Les contre-indications sont :

- Le cancer de la prostate,
- Le cancer du sein (très rare chez l'homme),
- Une polyglobulie,
- Une hyperprolactinémie,
- Une insuffisance cardiaque sévère.

#### - Les précautions d'emplois sont :

- L'adénome prostatique,
- La présence d'apnée du sommeil,
- Une hyperlipidémie.

S'il ne doit pas ignorer les autres contre-indications et précautions d'emploi, l'urologue est bien sûr plus directement concerné par le cancer et l'adénome de la prostate.

Le cancer de la prostate **contre-indique formellement l'instauration ou la poursuite d'une androgénothérapie** (Morales 2002). Par contre, **il n'existe aucun argument** pour affirmer que l'hormonothérapie puisse **favoriser la création de nouveaux cancers** :

- Les cancers prostatiques ne sont pas plus fréquents chez les hommes ayant une testostéronémie normale. Le taux de T plasmatique n'est pas corrélé avec le risque de cancer prostatique (Matsumoto 2002, Morales 2002),
- En culture cellulaire, les androgènes n'ont pas un effet carcinogénétique sur des cellules épithéliales prostatiques « normales » mais au contraire contribuent à leur différenciation cellulaire et donc les poussent vers la régulation et l'apoptose (Berthon 1997).

Bien entendu, l'effet des androgènes est différent sur des cellules prostatiques déjà cancéreuses. La testostérone favorise leur prolifération et la suppression androgénique retarde (mais ne supprime pas) le développement des cancers prostatiques.

La véritable question posée est donc, non pas de provoquer l'apparition d'un cancer de la prostate chez un homme qui n'en aurait pas eu sans traitement supplétif androgénique, mais de **favoriser le développement d'un cancer latent**. Il n'est pas possible aujourd'hui d'écarter complètement ce risque. Toutefois, plusieurs arguments permettent à l'urologue de relativiser ce risque :

- Les cancers localisés de la prostate s'avèrent beaucoup plus agressifs chez les sujets en déficit androgénique partiel que chez ceux ayant une testostéronémie normale (Zhang 2002),
- Un traitement androgénique supplétif, en augmentant le taux plasmatique du PSA, permettrait de diagnostiquer le cancer plus tôt et donc de le traiter à un stade plus avancé, plus curable (Massengil 2003),
- Chez le rat, l'administration d'androgènes pourrait être une prévention du cancer (Rao 1999).
- Bien que les séries cliniques soient encore pour la plupart d'un recul inférieur à 4 ans, le taux de diagnostic de cancers dans des populations traitées est faible et il s'agit de stades de début et probablement de cancers hormono-sensibles (Carruthers 2002).

L'hypertrophie bénigne de la prostate (adénome de la prostate) ne présente pas une contre-indication à la supplémentation androgénique (Morales 2002). Sous traitement, le volume prostatique augmente pour atteindre celui qu'elle aurait dû avoir sans déficit androgénique (Behre 1994). Les taux de PSA restent stables ou augmentent très modérément.

Toutefois : peu de patients porteurs d'HBP ont été inclus dans les études publiées, et, un cas de rétention d'urine aiguë chez un patient traité mais présentant préalablement de sévères troubles mictionnels a été rapporté (Matsumoto 2002). La majorité des études à court terme ne rapportent aucune pathologie mictionnelle (Kenny 2000) mais une étude à moyen terme, avec une androgénothérapie pouvant aller jusqu'à 49 mois, rapporte un taux de troubles mictionnels de 12% (Wang 2002). Ces troubles mictionnels sont bénins (pollakiurie, nycturie, impériosités). Leur prévalence n'est pas supérieure à celle des troubles mictionnels rapportés dans la population Française : 8% de 50 à 59 ans, 14% de 60 à 69 ans et 27% chez les plus de 70 ans (Sagnier 1994).

### **Que faut-il donc faire en pratique, sur le plan prostatique, avant de prescrire l'androgénothérapie ?**

Il faut écarter un risque de cancer prostatique par l'examen de la prostate par toucher rectal et la prescription d'un dosage du PSA. L'échographie prostatique est inutile à ce stade. Une anomalie du TR ou une élévation suspecte du PSA conduiront l'urologue à réaliser des biopsies prostatiques écho-guidées.

Il faut mettre en place un suivi régulier pour dépister l'existence d'un cancer prostatique latent révélé par l'androgénothérapie : TR et dosage du PSA tous les 3 mois au début, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans.

Il faut dépister et traiter une obstruction prostatique liée à l'existence d'un adénome prostatique car elle peut s'aggraver sous traitement. Lorsque l'interrogatoire révèle l'existence de troubles mictionnels et/ou lorsque le TR montre une HBP, il faut réaliser une débitmétrie et une échographie vésicale post-mictionnelle. Une fois l'éventuelle obstruction prostatique traitée (médicalement ou chirurgicalement) et la miction normalisée, l'androgénothérapie pourra tout à fait être prescrite (Morales 2002).

### **Le taux de PSA de départ peut-il donner une indication ?**

Les taux de PSA de l'immense majorité des patients ayant un déficit androgénique sont très bas, inférieurs à 2 ng/ml. Des biopsies prostatiques ont été réalisées plus fréquemment au cours de la surveillance en cours de traitement chez les patients qui avaient au départ des taux de PSA élevés (Grestenbluth 2002). Il convient donc d'être plus attentif en cas de PSA de départ supérieur à 3ng/ml. A noter que les études de suivi montrent que l'augmentation annuelle du PSA sous traitement est modérée de l'ordre de 0,2 à 0,5 ng/ml par an (Wang 2002). Une élévation plus importante pourrait aussi attirer notre attention.

### **Quels autres dosages biologiques avant et en cours de traitement et quel suivi ?**

L'évaluation des autres risques amène à réaliser une NFS et un bilan lipidique. La NFS permet de vérifier que l'hématocrite est bien normale au départ et quelle n'augmente pas sous traitement. La supplémentation androgénique devra être diminuée si l'hématocrite devient supérieure à 52% et interrompue si elle dépasse 55% (Matsumoto 2002).

Le rythme des consultations de surveillance actuellement préconisé est (Buvat 2003) :

- Première visite de contrôle 3 mois après l'initiation du traitement,
- Consultations tous les 6 mois pendant 2 ans,
- Suivi annuel ensuite.

## **Références**

- Davidson JM, Chen JJ, Crapo L et al. Hormonal changes and sexual function in aging men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1983, 57: 71-77.
- Deslypere JP, Vermeulen A : Leydig cell function in normal men: effect of age, life style, residence, diet and activity. *J Clin Endocrinol Metab*, 1984, 59 : 955-962.
- Harman SM, Metter EJ, Tobin JD et al. Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. Baltimore longitudinal study of aging. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2001, 86: 724-731.
- Simon D et al : The influence of aging on plasma sex hormone in men: the telecom study. *Am J Epidemiol* 1992, 135: 783-791.
- Vermeulen A. et al : Influence of some biological indexes on sex hormone binding globulin and androgens levels in aging and obese males. *J Clin Endocrinol Metabol*, 1996, 81 : 1821-1826.
- Lejeune H. Déficit androgénique lié à l'âge. *Andrologie* 2001, 11(4) :231- 239.
- Dechaud H, Lejeune H, Garoscio-Cholet M et al. Radioimmunoassay of testosterone not bound to sex-steroid binding protein in plasma. *Clin. Chem.* 1989, 35: 1609 - 1614.
- Tenover JL. Testosterone and the aging male. *J Androl* 1997, 18 (2):103- 106.
- Buvat J, Costa P, Flam T et al. Réflexion multidisciplinaire sur la prise en charge du déficit androgénique lié à l'âge. *Andrologie*, vol 13, N° 1, Mars 2003, 11-21.
- Matsumoto AM. Andropause: Clinical implications of the decline in serum testosterone levels with aging in men. *Journal of Gerontology*, 2002, vol 57A., N° 2, 1076-1099.
- Morales A, Lunenfeld B. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official recommendations of ISSAM. *The Aging Male*, 2002, 5: 74-86.
- Behre HM et al. Prostate volume in testosterone-treated and untreated hypogonadal men in comparison to age-matched normal controls. *Clin Endocrinol* 1994 ; 40 : 341-349.
- Berthon P et al. Androgens are not a direct requirement for the proliferation of human prostatic epithelium in vitro. *Int J Cancer.* 1997, Dec 10; 73 (6): 910-916.
- Zhang PI et al. Association between prostate cancer and serum testosterone levels. *Prostate.* 2002, Nov 1; 53 (3): 179-182.
- Massengil JC et al. Pretreatment testosterone level predicts pathological stage in patients with localized prostate cancer treated with radical prostatectomy. *J Urol* 2003, May; 169(5): 1670-1675.
- Rao KV et al. Chemoprevention of rat prostate carcinogenesis by early and delayed administration of dehydroepiandrosterone. *Cancer Res.* 1999 July 1; 59 (13): 3084-3089.
- Carruthers M. The safety of long-term testosterone treatment. The 3rd World Congress of Aging male. Berlin 2002. Abstract 105.
- Kenny A M et al. Short-term effects of intramuscular and transdermal testosterone on bone turnover, prostate symptoms, cholesterol and hematocrit in men over age 70 with low testosterone levels. *Endocrine research*, 26 (2) 153-168, 2000.
- Wang Ch et al. Long Term Efficacy and Safety of Transdermal Testosterone Gel (AndroGel®) in Hypogonadal Men. Communication au Endocrinology World Meeting 2002.
- Sagnier PP et al. Result of an epidemiological survey using a modified American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia in France. *J Urol*, 1994, 151 : 1266-1270.
- Gerstenbluth RE et al. Prostate specific antigen changes in hypogonadal men treated with testosterone replacement. *J.ANDROL.* 2002;23:922-926.

# Sexualité et prostatectomie radicale.

## Comment l'IDE aborde-t-elle le sujet en cours de la Consultation d'Annonce ?

Annie Kombrza, Laurence Ville - IDE Consultation

Elisabeth Patatut, Cadre de Santé - Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes

En préambule à ce sujet, il serait bon d'évoquer l'historique de la mise en place de la consultation d'annonce au sein du CHU Nîmois.

Lors des Etats Généraux de la Ligue Contre le Cancer en 1998 et 2000, la demande de reconnaissance d'une spécificité de la maladie cancéreuse est apparue comme une revendication forte des patients.

En 2003, cette demande constituera l'un des 70 objectifs du Plan Cancer, le dispositif d'annonce (mesure 40 du plan cancer), et une expérimentation de ce dispositif d'annonce a été réalisée de mars à décembre 2004 dans 58 établissements de santé. Au terme de cette expérimentation, l'Institut National du Cancer (InCa) a publié des recommandations et les différentes agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont attribué des crédits pour accompagner la mise en place de cette mesure.

La circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie définit l'un des objectifs majeurs du Plan Cancer : garantir à tous les patients une prise en charge de qualité qui comprend :

- l'information du patient et son accord sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique,
- un accès rapide au diagnostic,
- des conditions d'annonce organisées,
- une stratégie de traitement sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels validés, avec obligation de discuter du dossier du patient lors d'une réunion commune pluridisciplinaire (RCP),
- la remise au patient, après la RCP, d'un programme personnalisé de soins (PPS) décrivant le parcours de soins qui lui est proposé,
- une prise en charge globale en continuité avec le domicile et en relation avec son médecin traitant.

Dans le cadre du dispositif d'annonce, une consultation avec une IDE spécialisée, dite IDE coordonnatrice, a été instituée, ainsi qu'un accès auprès d'une psychologue. Ces 2 consultations sont facultatives. Elles doivent toutefois être proposées au patient par le médecin, après que celui-ci ait lui-même délivré au patient toutes les informations nécessaires. Elles ne sont pas obligatoires. Le patient peut les accepter ou s'en dispenser. Elles doivent être organisées par le service de soin.

La consultation IDE dans le cadre du dispositif d'annonce a été mis en place sur le CHU de Nîmes au travers de son Centre de Coordination de Cancérologie (3C). Après évaluation des activités en cancérologie au sein de l'établissement, 4 services expérimentateurs ont été choisis : médecine onco-hématologique, chirurgie digestive, ORL et urologie.

### Conditions nécessaires à la mise en place du projet :

- Les moyens budgétaires alloués par l'ARH ont été de 36220 €, ce qui a permis de positionner 2 équivalents temps plein d'IDE, soit 0,5 IDE par service.
- Un profil de poste d'infirmière coordinatrice a été réalisé par la Direction des soins,
- Toutes ces IDE ont participé à une formation relative aux techniques d'entretien,
- Chaque service expérimentateur a travaillé en collaboration afin de créer les outils nécessaires au travail de l'IDE :
  - création d'une fiche de liaison entre le médecin en charge du patient et les IDE,
  - création d'une fiche de consultation IDE, support de liaison avec le service d'hospitalisation,
  - détermination des plages de ces consultations,
  - attribution d'un bureau.
- Les équipes médicales et paramédicales, incluant les secrétariats, ont été informées, pour que la proposition de consultation IDE puisse être faite aux patients.

En urologie, la consultation d'annonce a été mise en place le premier mars 07.

Cette dernière est organisée au sein du secteur consultations. L'IDE, dite "coordonnatrice", a été intégrée au sein du groupe d'IDE des consultations et toutes les IDE de consultation ont été formées.

Aujourd'hui, toutes les IDE de consultation possèdent donc les compétences requises quant à la prise en charge des pathologies cancéreuses urologiques. Le choix du service d'urologie a été de ne pas désigner une seule IDE coordonnatrice, mais de faire participer toutes les IDE de consultation au dispositif d'annonce.

Pourquoi ? Pour ne pas faire dépendre cette activité d'une seule personne (fallait-il l'interrompre en cas d'absence ?) et pour ne pas trop hyperspécialiser des IDE déjà spécialisée, et maintenir ainsi une motivation commune et un esprit de groupe. De plus, toutes les IDE étaient volontaires pour prendre en charge cette nouvelle activité.

Des réunions avec le chef de service, les différents chirurgiens et la psychologue de l'unité ont été mises en place afin de répondre aux interrogations des IDE.

Il est en effet primordial pour elles de posséder de façon claire et complète toutes les informations qui ont pu être données au patient par les chirurgiens lors de la consultation d'annonce du diagnostic et des projets thérapeutiques.

La création des fiche de liaison, médecin-IDE et IDE-médecin a été un temps fort de cette mise en place. Les différents acteurs ont été ainsi obligés d'identifier les points les plus importants d'un entretien.

Par exemple, il est apparu indispensable de donner aux IDE les informations suivantes :

- la nature de l'organe touché par le cancer : prostate, vessie, rein, testicule ?
- la proposition thérapeutique (probable avant RCP, définie par la RCP après cette réunion et la discussion du dossier),
- si le mot "cancer" a été ou non prononcé,
- si un stade d'extension de la maladie a été évoqué : début, localisé, avancé, métastasé...
- si un pronostic de guérison a été donné,
- si des séquelles liées aux différents modes de traitement ont été mentionnées et expliquées,
- si une prise en charge ultérieure de ces séquelles a été évoquée...
- si le séjour hospitalier a été décrit : durée du séjour, conditions de séjour, prise en charge de la douleur...

Cette activité a débuté en Mars 2007, notre expérience est donc encore récente.

La majorité des patients rencontrés devait subir une intervention pour prostatectomie radicale. La consultation IDE se déroule dans un bureau à part, sur RDV, à distance de la consultation médicale pendant laquelle l'annonce du cancer a été faite par le médecin. Le patient dispose ainsi de plusieurs jours pour réfléchir, assimiler un peu la nouvelle et préparer ses questions.

L'IDE dispose lors de cette consultation du dossier du patient et de la fiche de liaison préalablement remplie par le médecin.

La consultation débute par le rappel des buts de cette rencontre. A partir de la fiche de liaison médecin-IDE, celle-ci refait préciser au patient ce qu'il sait de son affection afin de valider ce que le patient a entendu et ce qu'il a compris de sa situation : faire reformuler le patient.

Dans la majorité des cas, en début de la consultation, les patients posent beaucoup de questions concernant les détails pratiques de l'hospitalisation.

Cela leur permet d'aborder les conditions de séjour et de faire part éventuellement de leur crainte d'avoir mal, d'être sondés ou perfusés ...

Il ya aujourd'hui peu de peur de décès par rapport à la chirurgie d'exérèse d'un cancer de prostate (prostatectomie radicale). Cette chirurgie semble avoir une bonne réputation auprès des patients et les chirurgiens la présentent de façon positive. Il est vrai que le séjour est relativement court (8 jours), que l'intervention se passe en général bien avec des suites simples et peu de douleurs. Les patients sont rassurés par le fait d'avoir à leur disposition une PCA qui leur permet de s'injecter eux-mêmes, à leur guise, une microdose de morphine.

Viennent ensuite toutes les questions ayant trait au risque d'incontinence urinaire post-opératoire. Est-ce fréquent ? Comment faire pour y pallier ? Faudra-t'il faire de la rééducation ? Y a-t-il des solutions en cas d'incontinence très sévère après rééducation ?

Les questions concernent ensuite les troubles de la sexualité après prostatectomie.

Nous avons remarqué que, alors que l'urologue pense que le problème d'incontinence est bien plus gênant que celui des troubles de l'érection, les patients, eux, n'ont pas plus de difficultés à aborder le problème de la sexualité que celui de l'incontinence. Pour l'instant, dans notre pratique, seuls deux d'entre eux ont occulté complètement ce problème.

### **Principaux points abordés :**

- L'éjaculation supprimé par l'intervention qui réalise l'exérèse de la prostate et des vésicules séminales ainsi que des ampoules déférentielles. Peu de patients sont préoccupés par cette perte de l'éjaculation. La plupart ont plus de 60 ans. Certains patients très jeunes sont concernés, non seulement sur le plan sexologique proprement-dit mais aussi au niveau de leur fertilité, de leur capacité à avoir un enfant : homme de 51 ans, nouveau couple, femme plus jeune de 36 ans sans enfant .... Une conservation de sperme peut être proposée, ou sinon un prélèvement de spermatozoïdes dans les déférents.
- L'érection qui sera indiscutablement diminuée même s'il y a préservation des nerfs de l'érection. Il ya ici place pour 2 discussions complètement différentes :

- La conservation des nerfs de l'érection n'expose-t-elle pas à un plus grand risque de récurrence ? Cette question a déjà été abordée avec le médecin et l'IDE rassure le patient en lui disant qu'en cas de doute la conservation ne lui aurait pas été



proposée .... En effet tous les patients, sauf rares exceptions, privilégient toujours la survie et la guérison à la préservation de leur érection. Ils sont toutefois, pour beaucoup sensibles à la conservation de leurs capacités érectiles.

- La perte de l'érection pourra-t'elle être traitée ? L'IDE informe le patient de la possibilité de traitement par voie orale (iPDE5 ou par voie intracaverneuse (PGE1). Elle explique aussi le principe de la réhabilitation de l'érection : prise de comprimés ou réalisation d'injections intracaverneuses dans les 3 mois qui suivent l'intervention, pas pour obligatoirement obtenir des érections rigides suivies de rapports sexuels avec pénétration, mais pour obtenir au minimum des tumescences péniennes qui permettent d'oxygéner mieux les tissus caverneux et éviter fibrose, atrophie et raccourcissement. Certains couples, très anxieux par rapport à la survie de l'homme atteint de cancer n'évoquent pas facilement la reprise d'une activité sexuelle et voient mal l'intérêt de cette réhabilitation précoce. L'IDE explique que lorsque avec le temps, l'idée de guérison sera venue, la sexualité reprendra sa place, et qu'alors, la perte de l'élasticité pénienne sera difficile à rattraper.

- L'orgasme, de façon très surprenante ne disparaîtra pas complètement et pourra même s'avérer de qualité chez certains patients. Il est difficile pour les patients et leurs compagnes de concevoir l'obtention d'un orgasme sans manifestation d'une éjaculation. C'est l'occasion d'expliquer que l'orgasme est un phénomène cortical qui ne nécessite pas obligatoirement d'éjaculation. L'éjaculation n'est que le moyen le plus facile et le plus fiable pour l'homme d'arriver à l'orgasme.

**Autre question posée :** Dans quel ordre de priorité sera traité le problème de l'incontinence et celui des troubles de l'érection ? De plus en plus, les 2 problèmes sont abordés simultanément avec la réhabilitation de l'érection dès le 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> mois post-opératoire, et c'est en même temps que la rééducation périnéale sera débutée. Il faut noter à ce niveau là, qu'aujourd'hui la rééducation est débutée bien plus rapidement que dans le passé. Aucun patient très incontinent n'accepte pas aujourd'hui d'attendre 6 mois, et peu d'attendre 3 mois.

Aucun patient n'a spontanément évoqué le problème du risque d'avoir une perte d'urine lors d'un rapport sexuel. Ce sujet est toutefois abordé avec le médecin dans les consultations de suivi, mais à distance, plusieurs mois après l'intervention et peut être une des raisons poussant le patient à accepter une intervention pour traiter ses fuites urinaires (sphincter urinaire artificiel ou ballons ajustables compressifs).

Au niveau de la conduite générale de l'entretien, les patients sont évidemment différents les uns des autres et l'IDE devra s'adapter et conduire son entretien de façon très personnalisée :

- Les patients anxieux devront être rassurés, notamment sur le fait que cette consultation n'a pas pour but de leur révéler de mauvaises nouvelles que le médecin leur aurait caché ...
- Les patients timides ou gênés à l'idée de parler d'incontinence ou de trouble de leur sexualité seront aidés par le ton simple et empathique utilisé par l'IDE qui n'hésitera pas à faire les premiers pas et à aborder elle-même les sujets « délicats »...
- Les patients pointilleux auront réponse à leurs questions, même les plus pratiques et les plus superficielles ...
- Les patients déprimés seront rassurés le plus possible et une aide psychologique leur sera proposée ...

Comme cette consultation IDE n'est pas obligatoire, certains patients la refusent et d'autres ne se présentent pas au RDV.

Il est à noter toutefois que les patients qui n'ont pas bénéficié de la consultation IDE sont renseignés la veille de l'intervention par le cadre ou les IDE qui les accueillent en hospitalisation. Ils posent à ce moment là beaucoup de questions. Ils auraient pu les poser lors de la consultation spécialisée ....

**En conclusion,** nous en sommes encore au stade des questionnements :

- Cette consultation n'est-elle pas un peu dépendante du chirurgien ?
- En cas de refus, quel autre moyen choisir pour ces patients qui refusent : faut-il un RDV fixe toujours distinct des autres consultations et de l'hospitalisation, ou au contraire coupler cette consultation IDE avec celle de l'anesthésiste ou la réaliser lors de l'entrée ?

L'avenir nous permettra sans-doute de répondre à ces questions.

Mais, quelles que soient nos difficultés et nos interrogations nous ne remettons pas en cause notre satisfaction à voir notre compétence d'IDE reconnue par cette nouvelle activité offerte !

# Sexualité et handicap.

## Evaluation

*Dr Charvier et son équipe, Hôpital Henri Gabrielle, Lyon.*

L'hôpital Henry Gabrielle est un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles situé au Sud de Lyon.

Notre unité de jour s'occupe principalement de patients neurologiques, hospitalisés à Henry Gabrielle (pendant et/ou après leur séjour) ou adressés par des correspondants.

Les patients sont informés de l'existence de cette consultation par :

- l'équipe médicale et para-médicale de leur service,
- les consultations urologiques qu'ils ont au cours de leur hospitalisation,
- le bouche à oreille.

Notre service réalise une prise en charge génito-sphinctérienne globale : évaluation et prise en charge thérapeutique des vessies neurologiques (apprentissage des auto-sondages, débitmétries, explorations urodynamiques...), des troubles du transit intestinal (manométries ano-rectales, mesure du temps de transit colique..), et des troubles neuro-sexologiques. L'équipe se compose de 2 médecins (1 médecin rééducateur + 1 médecin sexologue), 2 infirmières, 1 aide-soignante et 1 secrétaire.

Les pathologies neurologiques les plus fréquentes sont la tétraplégie, la paraplégie, l'hémiplégie, les spina-bifida, la sclérose en plaques (SEP), le diabète.

Lors de la 1ère consultation, une information sexologique globale est donnée par le médecin et différents tests ou traitements sont proposés si nécessaire.

### **Chez les hommes :**

- **Pour évaluer la capacité érectile, nous réalisons une pléthysmographie diurne avec le Rigiscan™.**

C'est un examen de base fait au début de la prise en charge. Il permet d'évaluer de façon objective l'érection. Il enregistre les variations de tumescence et de rigidité de la verge.

- **Des traitements des troubles de l'érection sont proposés si nécessaire, comprenant :**

*les palliatifs mécaniques :*

- le garrot pénien (ou l'anneau pulpeux érecteur) est utilisé pour maintenir l'érection lorsqu'elle est de trop courte durée ou instable.
- la vacuum est une pompe à vide permettant l'afflux de sang au niveau de la verge.

*les palliatifs médicamenteux :*

- les injections intra-caverneuses de prostaglandines : Edex®, Caverject® favorisent l'accumulation du sang à l'intérieur du pénis produisant l'érection.
- les traitements « per os » (par voie orale) : les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE de type 5), le Viagra®, le Cialis®, le Levitra®.

Les palliatifs mécaniques et les palliatifs médicamenteux peuvent être associés.

- **Pour évaluer la capacité éjaculatoire, nous demandons d'abord au patient de tester la stimulation naturelle (c'est-à-dire de réaliser une stimulation locale des organes génitaux externes comme la masturbation, associée à une stimulation psychogène, souvent visuelle) et en cas d'échec de celle-ci, des tests mécaniques +/- médicamenteux, sont proposés :**

- Le vibromassage avec le vibreur Ferticare personnel™. C'est un vibro-masseur qui aide au déclenchement de l'éjaculation.

- En cas d'absence d'éjaculation antérograde ou rétrograde, la prise orale de Gutron® est proposée au patient. Il permet de resserrer le col vésical afin d'éviter l'éjaculation rétrograde. Le Gutron® facilite aussi le déclenchement de l'éjaculation et, a priori, augmente le volume et la qualité du sperme. Le test peut être précédé par l'injection intra-caverneuse de prostaglandines ou la prise orale d'IPDE de type 5.

- Si les essais restent infructueux, l'électrostimulation endorectale est proposée au patient. C'est une stimulation électrique directe de la prostate avec une sonde endorectale. Elle se fait après ou sans prise orale de Gutron®. C'est un examen plus médicalisé.

Avant chaque test, nous veillons à vider la vessie si nécessaire et nous vérifions l'absence d'infection urinaire. Pour chaque test, l'éjaculat obtenu est envoyé immédiatement pour analyse (spermogramme et spermoculture) au Centre hospitalier Lyon Sud (CHLS), centre auquel nous sommes rattachés, à 10 minutes en voiture de notre établissement et un prélèvement d'urines après le test est réalisé pour vérifier la présence d'une éjaculation rétrograde (test de vitalité réalisé dans les urines).

Lors d'une prise en charge en vue d'une congélation de sperme, le prélèvement est alors transporté immédiatement au CECOS de Lyon, à 30 minutes en voiture de notre centre.

Pour chaque test, une prise en charge globale est proposée à chacun de nos patients avec la surveillance de différents paramètres (la tension, le pouls, la surveillance cutanée, le mode mictionnel). Nous tenons compte du fait qu'il s'agit de patients fragiles, présentant 1 ou plusieurs handicaps parfois très lourds.

La prise en charge sexuelle peut se faire à n'importe quel moment de leur rééducation mais aussi bien plusieurs années après la sortie du centre. Tout dépend de là où ils en étaient au niveau social, vie de couple, désir d'enfant, âge, au moment de la survenue du handicap. L'important est qu'ils sachent que cette unité de soins existe, prête à les accueillir lorsque cela sera nécessaire pour eux.

Il va de soi que toute prise en charge sexologique va de paire avec une prise en charge sphinctérienne spécialisée. Tous nos patients sont donc toujours volontaires, demandeurs, bien qu'ils soient souvent surpris par les tests proposés. A nous de tout mettre en œuvre pour les mettre à l'aise (explications des tests, chambres isolées, service calme, équipe restreinte, écoute, respect de l'intimité).

Il est à noter que ces personnes handicapées ont par définition des pathologies lourdes, des problèmes urinaires en particulier et sont habituées à dévoiler leur intimité. Ils sont désireux d'évaluer leur potentiel sexuel après une atteinte neurologique mais aussi d'évaluer leur fertilité en retrouvant l'éjaculation et aussi bien sûr leur sensation de plaisir et d'orgasme. Pour certain, retrouver une sexualité même différente leur permet de se sentir de nouveau « homme à part entière ».

Au fur et à mesure des tests, un lien de confiance se crée entre l'équipe et le patient car la prise en charge peut se faire sur plusieurs mois. Cette prise en charge globale mais aussi spécifique nécessite donc de notre part une formation adaptée aussi bien sur le plan technique (les patients sont parfois porteurs de canules de trachéotomie et/ou de respirateur) que sur le plan psychologique (écoute, réponses aux questions).

Toutes deux étions déjà à Henry Gabrielle lorsque nous avons accepté ce poste un peu par hasard, ne sachant pas exactement en quoi consistait cette consultation. L'une d'entre nous travaillait dans un service de rééducation neurologique et cela l'a aidée pour la prise en charge des patients présentant un handicap. L'autre n'avait aucune expérience en neurologie, travaillant dans une unité de rééducation orthopédique.

L'équipe médicale a pu répondre à toutes nos interrogations et nous former progressivement.

Le programme de recherche clinique du Professeur Frédérique Courtois de l'université du Québec à Montréal, avec qui l'équipe médicale travaille en collaboration depuis plus de 17 ans, complète cet encadrement.

Au cours de toutes ces années de travail nous n'avons jamais été confrontées à des situations embarrassantes avec les patients. Le respect de l'intimité du patient est une de nos priorités. Les patients viennent avant tout pour trouver une réponse adaptée à leurs questions et être rassurés. Ceci est primordial pour eux. Ainsi la place de chacun est respectée tout naturellement, sans ambiguïté.

Finalement, chacun à sa place dans cette unité de neuro-sexologie et nous nous sommes toutes deux adaptées facilement et travaillons en toute liberté et en sécurité.

Notre travail est intéressant car spécialisé mais diversifié et nous restons en lien avec les autres unités de l'hôpital comme infirmières référentes pour la prise en charge sphinctérienne.

## Prise en charge

*Dr Soler et Mme Navaux, Centre B. Vercelli, Cerbère.*

La lésion médullaire entraîne une modification des réponses sexuelles. Les réflexes d'érection et d'éjaculation persistent et les traitements actuels permettent un rétablissement des fonctions dans la plupart des cas.

Cependant, la vie sexuelle du patient reste à reconstruire.

Le premier objectif de notre prise en charge est de restaurer les fonctions. L'arsenal thérapeutique à notre disposition permet de rétablir une érection de rigidité et de durée suffisantes pour assurer un rapport de qualité et de mettre en évidence un potentiel d'éjaculation. La restauration de ces fonctions est un préalable incontournable à la réhabilitation sexuelle.

Aux différentes phases de la prise en charge organique, le patient a reçu une information claire. Elle consiste en un bilan argumenté des fonctions altérées et détaille les différentes possibilités thérapeutiques. En effet, la compréhension permet une réelle prise de conscience des dysfonctionnements et une adhésion à nos propositions thérapeutiques. C'est un complément indispensable à toute prise en charge.

Nous avons vu que la restauration des fonctions contribue au réinvestissement du corps et autorise le patient à envisager de manière plus sereine une vie relationnelle et sexuelle. Elle renforce la relation de confiance entre patient et soignant. Notre travail d'accompagnement et d'aide à la reconstruction sera plus aisé lorsqu'on aura franchi cette étape.

Durant les essais thérapeutiques et les quelques expériences vécues lors des sorties au domicile, le patient se familiarise avec ce corps modifié. Il reprend peu à peu confiance en lui, mais il fait le difficile constat qu'une partie reste insensible et paralysée. Son état déficitaire n'a pas évolué et il prend conscience que les résultats obtenus ne correspondent plus à ses critères de « compétence sexuelle » : l'éjaculation et l'orgasme ne sont plus garantis (seulement 6% au cours de la relation sexuelle).

### Quelles modifications vont faciliter la réhabilitation d'une sexualité satisfaisante ?

A ce moment de la prise en charge, notre objectif va être de redonner peu à peu une participation à la partie lésée en optimisant les sources de plaisir durant toute la relation sexuelle. Des préliminaires prolongés vont permettre de sensualiser le corps. Le patient n'a plus peur de perdre son érection (sécurité retrouvée) et n'est pas dans la crainte d'une éjaculation trop rapide. Il peut se concentrer entièrement sur ses sensations. La notion classique était de développer les zones érogènes dans les parties sensibles. Or, les patients disent éprouver un plaisir intense aux caresses sous lésionnelles sur les zones insensibles. Elles provoquent en effet des manifestations involontaires (contractures) qui redonnent une présence et une vie à cette partie qui reprend peu à peu sa place dans la géographie du corps. Le plaisir aux caresses est relaté par de nombreux auteurs : « L'homme a besoin de caresses et d'amour / Sa mère l'en abreuve alors qu'il vient au jour » (5), « Le plaisir à embrasser, à découvrir le corps de l'autre par mille caresses » (4).

L'apport sexologique et l'expérience de nos patients ont confirmé l'importance du coït malgré l'absence de sensibilité. Crépault dit que « Le pénis est le moyen de conquête de l'homme, garant de sa puissance » (2). La vue de la verge en érection et de la pénétration est vécue avec beaucoup de plaisir, ce qui confirme la place de « l'intrusivité phallique » dans le processus érotique masculin. Ceci nous conforte dans l'idée d'un rétablissement précoce et indispensable de l'érection.

Nous avons vu que certains de nos patients ont une éjaculation et donc un potentiel orgasmique. Les réactions violentes observées lors des essais thérapeutiques (contractures, hypertension, bradycardie) doivent être commentées. En effet, elles sont généralement intégrées positivement avec le temps. Ces manifestations sont la preuve formelle d'une participation du corps lésé. L'épreuve qu'elles imposent n'est rien à côté de l'intensité émotionnelle qu'elles procurent à chaque fois. Le patient semble jouir de retrouver son corps en entier. La fréquence d'anéjaculation ou d'éjaculation retardée permet la plupart du temps de prolonger la durée du coït et laisse à la partenaire tout le temps pour parvenir à l'orgasme.

La jouissance de la partenaire représente également une source de plaisir essentielle pour ces hommes ayant souffert au départ d'une importante blessure narcissique. Quelques auteurs confirment ces propos pour la population générale : « La jouissance de ma partenaire est essentielle à mon plaisir amoureux » (1), « La fascination qu'exerçait sur moi la jouissance d'une femme » (1), « L'orgasme est le don fait à l'autre de son plaisir égoïste » (3).

La vue joue un rôle capital dans la montée et le maintien de l'excitation. Elle semble compenser les troubles de sensibilité à tous les stades de la relation sexuelle et permet une intégration positive de tous les événements. De notre expérience, nous avons constaté un développement probable de la composante affective du désir. Ceci contribue certainement au renforcement de la relation entre les deux partenaires, « qualité la plus essentielle et la plus érogène de la relation sexuelle » (1).

L'information à la partenaire est indispensable. Elle peut être prodiguée par le patient lui-même ou par l'équipe soignante quand cela est possible. Dans tous les cas, des confidences intimes obligatoires rendent « périlleuses » les aventures d'un soir. Les partenaires informées choisissent cette relation « inhabituelle » en toute connaissance de cause et savent que leur participation active est indispensable. Ceci nous amène à penser qu'elles ont acquis les composantes érotiques nécessaires pour compenser la diminution de mobilité de nos patients. D'autre part, ceux-ci semblent avoir assimilé des composantes plus « fémininoïdes » telles que « l'accès à la douceur, à la tendresse, aux éléments romantiques de l'interaction » (2).

Il s'opère un véritable rapprochement des deux sexualités, ce qui est considéré comme un critère de « maturité sexuelle » selon Crépault (2). Tous ces éléments sont utilisés dans notre parcours d'accompagnement. Le traumatisme à la fois physiologique et psychologique impose un renoncement aux critères de « compétence sexuelle » acquis. Il peut être l'opportunité d'enrichir la relation amoureuse. Nous utilisons ce point fort afin d'amener le patient à aborder plus sereinement la rencontre avec la partenaire.

Cependant, certains patients ne parviennent pas à retrouver une vie sexuelle satisfaisante. La destruction de la moelle sacrée peut les priver de tout potentiel orgasmique et rend le vécu très difficile. Le corps sous la lésion persiste à ne rien communiquer. Il reste étranger. L'évolution semble se situer vers une recherche de zones érogènes et une intensification des caresses sous lésionnelles et certainement un développement plus systématique de l'imaginaire.

Une évaluation régulière de la satisfaction de la vie sexuelle de nos patients est nécessaire. Nous nous assurons en particulier du maintien de la capacité érectile. Lorsque l'absence d'éjaculation et d'orgasme reste une grande source de frustration, nous pouvons proposer une utilisation plus systématique du vibromasseur au domicile. Après une information à la partenaire, cette stimulation pourrait être incluse dans la relation sexuelle et en améliorerait peut-être la qualité et donc la satisfaction.

Notre prise en charge médicalisée offre au patient la connaissance et la compréhension des troubles. Elle l'aide à retrouver la maîtrise des fonctions. L'accompagnement sexologique tend à l'amener à modifier ses critères de « compétence sexuelle » et à une véritable reconnaissance de son corps en entier.

### Bibliothèque

1. BOUTOT B. (1982)  
*L'orgasme au masculin.*  
Le jour.

2. CREPAULT C., DESTARDINS J.Y. (1976)  
*La complémentarité érotique.*  
Educom.

3. TREMBLAY R. (1998)  
*Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels.*  
Tome 1 ; L'adolescence - Erès.

4. TREMBLAY R. (1999)  
*Paroles d'amour et de plaisir.* Erès.

5. DE VIGNY A.  
*La colère de Samson*  
Recueil : Les Destinées.

# Cancer du col de l'utérus et sexualité :

## Le rôle des IDE spécialisées en curiethérapie

*Dr Maryvonne B.Soulier, Huguette Gély, Josiane Barrau - CRLCC Val d'Aurelle Montpellier*

Les premiers Etats Généraux du cancer organisés en 1998 par la Ligue Nationale contre le cancer, en donnant la parole aux malades et à leurs proches mais également aux soignants, ont contribué à l'élaboration du Plan Cancer, avec ses 70 mesures concernant aussi bien la prévention et l'organisation des soins que la recherche et la formation. La consultation d'annonce (mesure 40) est une mesure emblématique du Plan Cancer. L'Institut National du Cancer la définit ainsi : « Le dispositif d'annonce doit permettre au malade d'avoir de meilleures conditions d'annonce de sa pathologie en lui faisant bénéficier à la fois d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, d'un temps soignant de soutien et de repérage des besoins du patient, de l'accès à des compétences en soins de support... ». Une telle mesure renferme des indices de changement, d'une part, parce qu'elle cherche à anticiper les difficultés psychologiques et sociales du sujet alors que, jusqu'à présent, ce type d'interventions se faisait dans un deuxième temps, souvent quand les difficultés devenaient majeures en raison de l'évolution de la maladie. D'autre part, parce qu'elle réintroduit la notion de soins et qu'il n'est plus question, exclusivement, de traitements spécifiques et de protocoles thérapeutiques.

Du même coup, le rôle de l'infirmière prend toute son importance dans le cadre de la consultation d'annonce : l'IDE écoute, reformule, peut orienter le patient vers d'autres professionnels en charge des soins de support ou vers des associations de malades.

Ce dispositif d'annonce trouve son prolongement logique dans le « programme personnalisé de soins » (PPS) qui expose de façon simple et informative « la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de la prise en charge du patient ». Il s'agit donc, si l'on se réfère aux dispositions générales de ne pas s'en tenir à « l'annonce d'une stratégie thérapeutique », dans le cadre d'une « consultation standard ». Mais ces dispositions générales précisent uniquement le pré-requis minimum de ce PPS ce qui laisse aux équipes concernées l'opportunité d'aller au-delà... et de faire preuve de créativité.

## Cancer et sexualité : Le contexte général

La question des dysfonctionnements sexuels en relation avec les traitements du cancer est une préoccupation récente. Quand un diagnostic de cancer est posé, l'essentiel des énergies se concentre sur le traitement et la nécessité de desserrer l'étau biologique dans lequel le corps est pris. Les autres problématiques restent à l'arrière-plan, et la sexualité tout particulièrement, car parler de la partie la plus intime et la plus vulnérable de soi-même reste une démarche compliquée. Quant aux soignants, ils doivent composer avec leurs mécanismes de défense et leurs contre-attitudes.

Les signes de changement apparaissent peu à peu ; l'année 1998 représente un tournant, avec l'autorisation de mise sur le marché des molécules facilitatrices de l'érection et la médiatisation qui l'a accompagnée .

Les signes de changement sont toutefois plus lents en ce qui concerne les cancers féminins.

En effet, les difficultés sexuelles en relation avec le cancer et les traitements du cancer ont suscité plus de travaux chez l'homme que chez la femme aussi bien en ce qui concerne la fréquence et la prévalence des troubles, la description clinique des plaintes, la compréhension des mécanismes et des structures anatomiques en jeu, les outils d'investigation ou les aides pharmacologiques. Le Pr Leriche déclarait, au cours d'une conférence d'introduction aux Journées « Chirurgie et Sexualité » qui se tenaient à Lyon en 2000 : « La femme est une grande oubliée dans l'évolution spectaculaire des connaissances anatomophysiologiques. Depuis Masters et Johnson, il y a 50 ans, peu de choses ont été faites, même s'il y a sur Internet à ce jour 1700 références sur le sujet ».

Pour la question qui nous occupe aujourd'hui, le cancer du col de l'utérus traité par radiothérapie et curiethérapie, on ne trouve toujours pas dans la littérature d'études évaluant les séquelles .Il n'y a pas de questionnaires validés. Nous mentionnons toutefois une étude en cours, réalisée dans le service de Radiothérapie de l'Institut Paoli Calmettes de Marseille en collaboration avec l'Unité 379 de l'Inserm. Cette enquête compare l'activité sexuelle des femmes traitées pour un cancer du sein ou pour un cancer du col de l'utérus .

## Cancer du col de l'utérus et sexualité :

### le rôle des infirmières spécialisées en curiethérapie

#### • Le cancer du col de l'utérus

L'utérus est un organe pelvien composé d'une partie renflée (le corps de l'utérus) et d'une partie effilée (le col de l'utérus). Le col pénètre le tiers supérieur du vagin. On distingue l'exocol recouvert d'une muqueuse malpighienne et l'endocol recouvert d'une muqueuse glandulaire.

**Epidémiologie** : il représente 80% des cancers de la femme dans les pays en voie de développement. Inversement, dans les pays industrialisés, l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus ne cesse de diminuer (avec toutefois une augmentation de la fréquence des cancers in situ).

En France en 2002, on comptabilisait 3400 nouveaux cas de cancer du col et 1 000 décès.

L'âge moyen de découverte est de 55 ans.

L'infection de la muqueuse du col de l'utérus par le papillomavirus humain (en particulier HPV 16 et 18) constitue un facteur de risque majeur. L'infection est asymptomatique. Le cancer met une dizaine d'années à se développer après l'infection.

**Traitement** : il est fonction du stade de la tumeur. Dans les formes micro-invasives, le traitement est exclusivement chirurgical (au minimum conisation in sano).

Mais la plupart du temps, le traitement associe la radiothérapie externe et la chimiothérapie (cisplatine hebdomadaire) ; ou la radiothérapie, la chimiothérapie, la curiethérapie et la chirurgie (hystérectomie totale et ovariectomie).

#### • Le rôle des IDE

Habituellement, nous rencontrons 2 fois les femmes qui sont traitées dans le service de radiothérapie. A 2 reprises la question de la sexualité sera abordée avec le couple, dans la mesure du possible. A ce moment de leur parcours, la priorité est ailleurs ; l'angoisse se cristallise sur ce que représente la maladie cancéreuse, sur la nature des traitements et sur le pronostic. Mais elles doivent entendre d'emblée qu'il est légitime d'aborder la question de la sexualité et de demander à être aidées si nécessaire.

**La consultation d'annonce** : elle fait suite à la consultation avec le médecin radiothérapeute référent. Elle permet de s'assurer de la compréhension de la patiente sur le diagnostic, le rôle des traitements et les effets secondaires. Nous repérons les inquiétudes et les difficultés psychologiques de la patiente et de son conjoint. Nous identifions les soutiens spécifiques nécessaires. Nous remettons enfin le plan personnalisé de soins (PPS) avec les dates de planification du traitement :

- 1- scanner dosimétrique,
- 2- début de l'irradiation externe (soit 5 semaines de rayons pour une dose de 45 grays),
- 3- si nécessaire, date de la 1ère cure de chimiothérapie,
- 4- date de la curiethérapie et date de la consultation IDE avant la curiethérapie pour compléter les informations déjà données et préparer son déroulement.

**La consultation infirmière pour la curiethérapie** : la curiethérapie consiste à implanter du matériel radioactif au contact de la tumeur. Il s'agit ici de curiethérapie endo-cavitaire : une cavité naturelle (le vagin) va servir de vecteur à des sources radio-actives via un système de moulage. A Val d'Aurelle, on utilise l'Iridium 192 sous forme pulsée : le pulse correspond à une irradiation de 10 à 20 minutes répétée toutes les heures. La patiente reste hospitalisée plusieurs jours dans une chambre radioprotégée. Lors de cette consultation, elle a la possibilité de se familiariser avec les locaux.

Pour ouvrir la discussion sur les effets secondaires et sur la sexualité, nous remettons une brochure d'informations (SEXUALITE & CANCER). La reprise des rapports est conseillée, dès la cicatrisation acquise, pour éviter la symphyse vaginale.

Une des difficultés tient au fait que les soignants délivrent des messages ambivalents. D'une part le rôle des virus sexuellement transmissibles dans l'épidémiologie des cancers du col de l'utérus est maintenant bien connu. D'autre part, on insiste sur la reprise des rapports sexuels pour éviter la symphyse vaginale, donc sur les vertus thérapeutiques de la sexualité.

A défaut de rapports sexuels, il reste les dilateurs associés aux lubrifiants vaginaux.

#### Ensuite...

Ensuite, nous entrons dans la phase de la convalescence et de la surveillance. Les différents intervenants médecins (l'oncologue, le gynécologue, le médecin traitant) auront toute latitude pour reparler de sexualité avec la patiente et avec le couple, pour écouter, conseiller et orienter. L'évaluation des symptomatologies sexuelles douloureuses est une démarche indispensable. Comment le vagin, l'urètre, le plancher pelvien se remettent de la radiothérapie, de la curiethérapie, de la chimiothérapie et de la chirurgie. Y a-t-il une dyspareunie superficielle ? Une dyspareunie profonde ? Un cercle vicieux qui s'installe par crainte de la douleur ? Une douleur qui prend une signification péjorative dans ce contexte de cancer ? Quelles sont les répercussions de la ménopause induite ? L'absence de relation hormonale impliquée dans la croissance cellulaire du cancer du col de l'utérus permet de proposer aux femmes un traitement hormonal substitutif :

Oestrogènes ?

Oestrogènes + Progestérone ?

Oestrogènes + Progestérone + patch micronisé de testostérone ?

# Sexualité des adolescents handicapés

## Exemple des patients Spina Bifida avec une myéломéningocèle

Jean-Pierre BASTIE (IDE), Docteur Xavier GAME, Professeur Pascal RISCHMANN

Service d'Urologie, Andrologie et Transplantation Rénale CHU Rangueil - Toulouse

Le spina bifida est une malformation congénitale liée à un défaut de fermeture du tube neural durant la vie embryonnaire. Ce dernier reste ouvert à son extrémité caudale. Il en résulte l'absence d'un ou de plusieurs arcs vertébraux, provoquant une protusion de la moelle. Les malformations engendrées par cette pathologie sont de gravité variable, du spina bifida occulta au myéломéningocèle. Elles concernent 0,5 naissances sur 1000 en France. La localisation la plus courante se situe au niveau du pôle caudal de l'embryon, ce qui correspond à la région lombaire de l'enfant à naître.

Les conséquences de ces malformations sont multiples. Elles entraînent des anomalies morphologiques de la moelle, des vertèbres, une paralysie de gravité variable, des troubles sensitifs graves des membres inférieurs, des problèmes d'incontinence urinaire et fécale et parfois, un retard mental.

Grâce aux dérivations neurochirurgicales et à la prise en charge des troubles vésico-sphinctériens pendant l'enfance, l'espérance de vie des patients porteurs de spina bifida s'est grandement améliorée.

Parfois évoquée, rarement explorée, la sexualité des adolescents atteints de spina bifida est désormais d'actualité. En France, la sexualité du jeune handicapé est longtemps restée taboue. Toutefois, un colloque s'est tenu au Parlement Européen en avril 2007. Il a souligné le fait que les jeunes handicapés avaient les mêmes désirs et les mêmes besoins que les jeunes valides. De plus, il a montré la nécessité d'améliorer leur prise en charge.

Peu d'études se sont intéressées à la sexualité des jeunes adultes ou des adolescents présentant un handicap neurologique congénital. L'étude la plus large a été réalisée en 2004 en Midi-Pyrénées auprès de 131 patients présentant un spina bifida avec une myéломéningocèle. Il apparaît chez les hommes que le début de la sexualité est retardé puisque l'âge moyen du premier rapport était de  $31.9 \pm 5.7$  ans, que 75 % d'entre eux présentent une dysfonction érectile, que cette dernière est liée à l'atteinte de l'arc réflexe sacré et à une difficulté au maintien de l'érection. D'autres études ont montré qu'en cas d'hydrocéphalie associée, le taux de dysfonction érectile et de troubles de l'éjaculation était respectivement de 39 et de 70 % contre 12 et 17 % en l'absence d'hydrocéphalie. Il apparaît également que la fonction érectile, la satisfaction des rapports et la satisfaction globale sont statistiquement liées au foyer de vie, les patients émancipés, vivant dans un logement seul ou en couple ayant une meilleure fonction érectile, une meilleure satisfaction des rapports et une meilleure satisfaction globale de leur sexualité par rapport à ceux vivant au sein du foyer parental ou dans des centres.

L'étude Midi Pyrénéenne est la seule étude qui s'est aussi intéressée à la sexualité des jeunes femmes adultes Spina Bifida avec une myéломéningocèle. Elle montre une altération de l'ensemble des domaines de la fonction sexuelle féminine (pensées, désir, excitation sexuelle, fréquence, réceptivité, initiative, plaisir, orgasme, satisfaction relationnelle). Toutefois, à la différence des hommes, l'âge de début n'est pas différent de celui de la population générale. En revanche, l'activité sexuelle était statistiquement liée au foyer de vie et au fait d'avoir une incontinence ou non.

Le foyer de vie jouant un rôle important dans la sexualité des jeunes adultes spina bifida avec une myéломéningocèle, lors de l'enquête réalisée en Midi-Pyrénées, nous avons voulu savoir quels facteurs influaient sur le maintien ou non au sein du foyer parental ou dans un centre. Il est apparu que les jeunes adultes spina bifida avec une myéломéningocèle ne vivant plus au sein du foyer parental étaient plus âgés, avaient un travail et utilisaient moins de protections pour leur incontinence d'urine.

D'un point de vue thérapeutique, il apparaît que la dysfonction érectile peut être améliorée par la prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type V. Certains auteurs, sur de petites populations de patients toutefois, ont rapporté une augmentation de la durée des érections de 192 à 266 % après la prise respectivement de 25 et 50 mg de sildénafil et une guérison chez 80 % des patients.

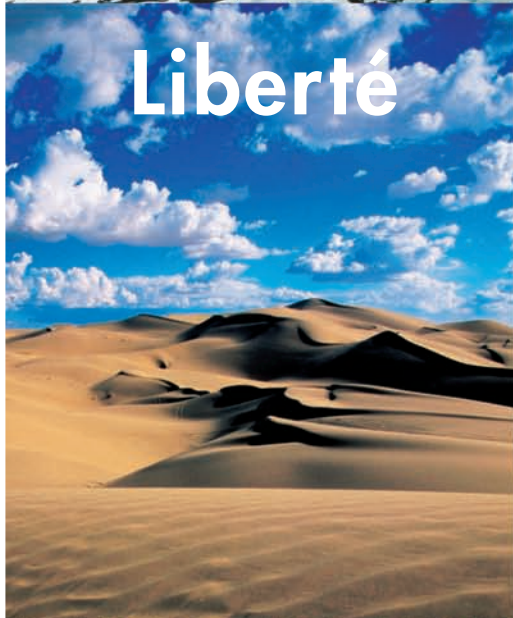
En conclusion, les jeunes hommes spina bifida avec une myéломéningocèle ont un début tardif de leur sexualité et une dysfonction érectile toutefois accessible à un traitement médicamenteux.

Enfin, pour améliorer la sexualité des jeunes hommes et des jeunes femmes, il est nécessaire de favoriser leur émancipation, leur permettre de quitter le foyer familial. De plus, une optimisation de la prise en charge des troubles de la continence permettra d'améliorer leur vie sexuelle.

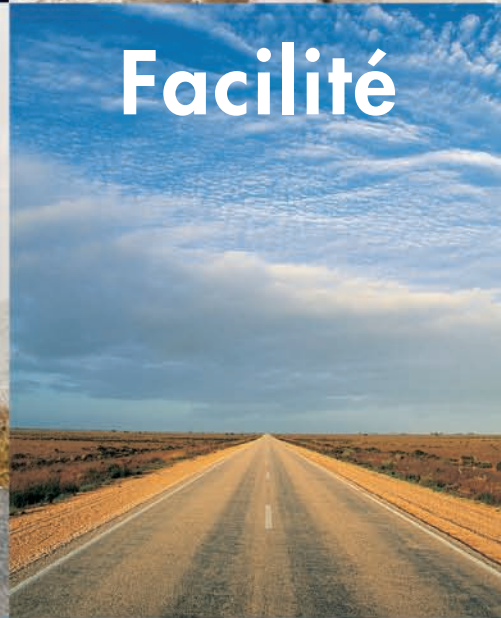


# Lofric<sup>®</sup> Hydro-Kit<sup>™</sup> II

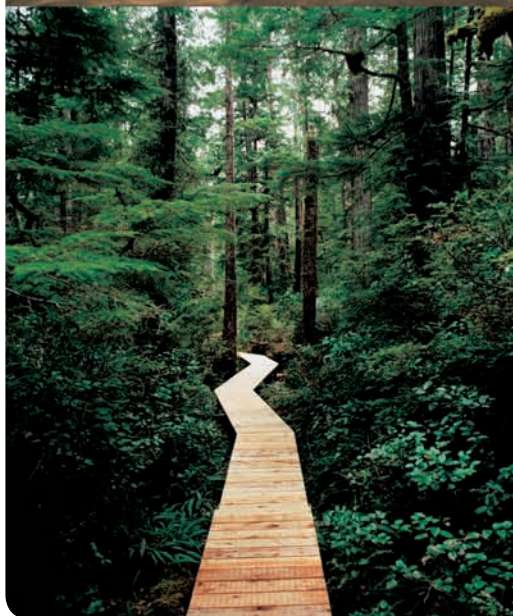
Encore plus de liberté.  
La nouvelle génération de sonde  
avec poche de recueil et réservoir  
d'eau intégré est arrivée.



## Liberté



## Facilité



## Discrétion



 A company in the  
AstraZeneca Group

**ASTRA**  
ASTRA TECH