



# REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

18 mars 2020

686

## MÉDECINE SEXUELLE

### REPENSER LE FÉTICHISME

Chercher, reconnaître, choisir  
un partenaire

Dysfonction érectile: place des  
implants péniers

Maladie de Lapeyronie

VIH et médecine sexuelle: prise  
en charge

Sexualité des patients avec des déficits  
de l'attention

Déclin cognitif et sexualité

Douleur aiguë: méthoxyflurane inhalé

Dépression périnatale en Suisse  
romande

Volume 16, 517-568  
ISSN 1660-9379

**M.H**  
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

**SMSR**  
SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DE LA SUISSE ROMANDE



# Silvir®

La nouvelle alternative galénique – film orodispersible de sildénafil.



Pas le film habituel.



Silvir® est indiqué dans le traitement de la dysfonction érectile.

- Equivalence thérapeutique à l'original.<sup>1</sup>
- Emballage individuel pratique et discret.
- Idéal en déplacement, aussi sans eau.
- 4 dosages pour tous les besoins, y compris 75 mg.
- Convient aux patients ayant des difficultés à avaler.
- Sans lactose ni gluten.
- Avantageux aussi au niveau du prix.

1. Radicioni M et al. Bioequivalence study of a new sildenafil 100 mg orodispersible film compared to the conventional film-coated 100 mg tablet administered to healthy male volunteers. Drug Des Devel Ther. 2017; 11: 1183-1192

C : sildenafilum ut sildenafili citras. I : dysfonction érectile. P : dosage conseillé 50 mg à jeun. Le film orodispersible est à dissoudre sur la langue. CI : Traitement concomitant avec donateurs de monoxyde d'azote, nytrite d'amyle (poppers), graves maladies cardiaques comme angor instable, grave insuffisance cardiaque, événements cardiaques aigus, intolérance à la substance active. EI : mal de tête, rougeissements, bouffées congestives, dyspepsie, nez bouché, vertiges, troubles de la vue, priapisme, NAION, tachycardie, hypotonie, épistaxis, myalgie, fatigue. INT : inhibiteurs des enzymes hépatiques cytochrome P450 3A4 et 2C9 comme le ritonavir, saquinavir, indinavir, érythromycine, cimétidine, itraconazole, voriconazole, clarithromycine, bosentan, rifampin et aussi anticoagulants, nicorandil, amlodipine, antagonistes AT-II, inhibiteurs ACE, alpha-bloquant, utilisation concomitante d'autres inhibiteurs de la PDE5, jus de grapefruit. PR : film orodispersible de 25, 50, 75 et 100 mg dans un emballage avec 4 ou 12 films orodispersibles. Liste B.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

IBSA Institut Biochimique SA, Headquarters and Marketing Operations, Via del Piano 29, CH-6926 Montagnola, [www.ibsa.swiss](http://www.ibsa.swiss)



# REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

18 mars 2020

686

## ÉDITORIAL

- 519 Repenser le fétichisme. *F. Bianchi-Demicheli et A. Langaney*

## MÉDECINE SEXUELLE

- 522 Chercher, reconnaître, choisir un partenaire. *A. Langaney et F. Bianchi-Demicheli*
- 525 Place des implants péniens d'érection dans le traitement de la dysfonction érectile: le point en 2020. *D. Chevallier, A. Faix, C. Bettocchi, R. Djinic et D. Ralph*
- 531 Maladie de Lapeyronie: le point en 2020. *A. Faix, D. Chevallier, C. Bettocchi, R. Djinic et D. Ralph*
- 539 Intégration de la médecine sexuelle dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant du VIH. *M. Bolmont, F. Bianchi-Demicheli et A. Calmy*
- 543 Sexualité chez les sujets souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *L. Soldati et M. Bolmont*
- 548 Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé. *M. Eshmaey, J. Fredouille et F. Bianchi-Demicheli*
- 521 Résumés des articles
- 552 QCM d'autoévaluation

## DOULEUR

- 553 Traitement de la douleur aiguë: la place du méthoxyflurane inhalé dans la pratique clinique. *C. Lojo Rial, F. Ozainne, C. Fehlmann, S. von Düring et P. Cottet*

## ENQUÊTE

- 557 Connaissances et pratiques liées à la dépression périnatale en Suisse romande. Résultats d'une enquête menée en région fribourgeoise. *M. Bressoud et N. Nanzer*

## INFOS PATIENTS

- 561 Alcool

## AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

- 562 Plagiocéphalie et mort inattendue: couchez les bébés sur le dos. *J.-Y. Nau*

## POINT DE VUE

- 564 Épidémie de coronavirus vs libertés individuelles. *J.-Y. Nau*

## EN MARGE

- 566 Miscellanées épi-pandémiques et taxonomiques, portables et analytiques. *J.-Y. Nau*

## ACTUALITÉ

- 563 **Carte blanche.** La plâtrière. *C. Luthy*
- 564 **Lu pour vous.** Prise en charge du pneumothorax spontané primaire modéré à large: l'observation comme alternative? *M. Kaufmann et T. Fumeaux*

## POLITIQUE DE SANTÉ

- 567 Face à l'urgence, le Conseil fédéral tergiverse
- 567 Mobiliser les jeunes

## TRIBUNE

- 568 La possibilité d'un microbe. *L. Dolivo*

## Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

### ÉDITION

Médecine et Hygiène, société coopérative; www.medhyg.ch  
Président du Conseil d'administration: Pr Jean-François Balavoine  
Directeur: Dr Bertrand Kiefer

### RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer  
Rédacteurs en chef adjoints: Dr Gabrielle de Torrenté de la Jara, Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan  
Rédacteurs: Marina Casselyn,

Michael Balavoine et Stéphanie Gardier  
Secrétaires de rédaction: Chantal Lavanchy (resp.), Joanna Szymanski et Dominique Baud  
Fax rédaction: 022 702 93 55  
E-mail: redaction@revmed.ch  
Publicité: Michaela Kirschner (resp.) et Jeanine Rampon  
Tél. publicité: 022 702 93 41  
E-mail: pub@medhyg.ch  
Responsable web: Dr Pierre-Alain Plan  
E-mail: webmaster@revmed.ch  
Préresse: Frédéric Michiels (resp.),  
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS (version imprimée + internet + iPad)  
Tél.: 022 702 93 11  
E-mail: abonnement@revmed.ch  
Suisse (CHF): individuel: 195.-; médecins assistants: 130.-; étudiants: 75.-; institutionnel: 268.- par an (version imprimée)  
Etranger (CHF): individuel: 286.-; médecins assistants et étudiants: 198.-; institutionnel: 349.- par an  
Institutions (accès électronique) en Suisse et à l'étranger: contacter pub@medhyg.ch

Organe officiel de la Société médicale de la Suisse romande (www.smsr.ch)  
Revue officielle de la Société suisse de médecine interne générale  
La Revue Médicale Suisse bénéficie d'un soutien de la FMH (Fédération des médecins suisses)

Indexée dans:  
• MEDLINE/PubMed  
• EMBASE/Excerpta Medica  
• EMCare  
• Scopus

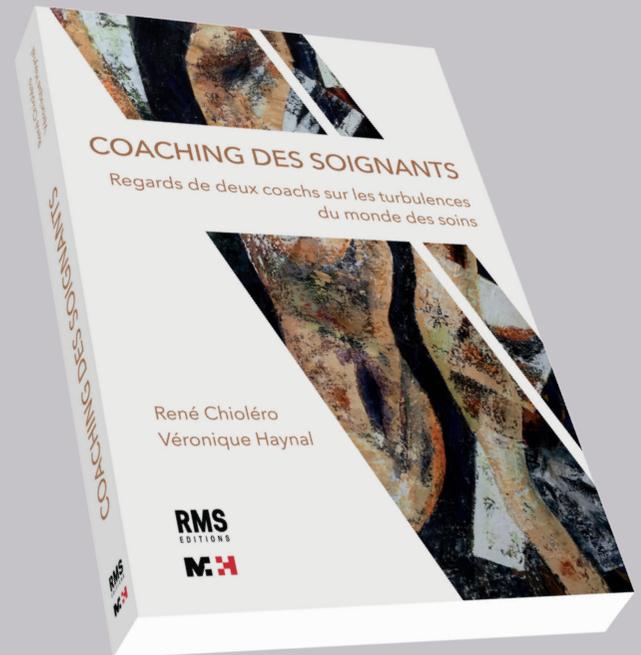
Médecine et Hygiène édite aussi le site de santé grand public: www.planetesante.ch

# COACHING DES SOIGNANTS

Regards de deux coachs sur les turbulences  
du monde des soins

René Chiolero, Véronique Haynal

Préfaces du Pr Alain Junod et du Pr Jacques Besson



396 pages

Format: 16,5 x 23,5 cm

ISBN: 9782880494438

2019

## COACHING DES SOIGNANTS

**René Chiolero, Véronique Haynal**

**Préfaces du Pr Alain Junod et du Pr Jacques Besson**

Quel monde surprenant qu'est l'hôpital vu à travers les yeux de deux coachs qui ont d'abord été soignants! Ils décrivent ici leur pratique du coaching dans le milieu des professionnels de la santé, domaine dans lequel aucun livre n'est publié à ce jour en français. Cette pratique diffère de celle que l'on rencontre dans d'autres types d'entreprises, car le but premier du travail des soignants est *le soin aux patients* - et non un produit - et leurs cultures professionnelles sont distinctes. Leurs activités de médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé sont extrêmement variées, émotionnellement chargées de par leur contact quotidien avec la souffrance et la mort.

Cet ouvrage est destiné aux coachs désireux d'élargir leurs activités professionnelles auprès des soignants. Il s'adresse également aux *soignants* et aux *administrateurs* occupant des fonctions dirigeantes dans ces institutions, et qui souhaitent mieux comprendre les problèmes humains rencontrés par leurs collaborateurs et par les équipes.

## COMMANDE

Je commande :

\_\_\_ ex. de **COACHING DES SOIGNANTS**

CHF 29.- / 26 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

**En ligne :** boutique.revmed.ch

**e-mail :** livres@medhyg.ch

**tél :** +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

**ou retourner ce coupon à :**

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....  
.....  
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

.....



Articles publiés  
sous la direction de

**FRANCESCO  
BIANCHI-  
DEMICHELI**

Unité de médecine  
sexuelle et sexologie  
Département  
de psychiatrie  
HUG, Genève

# Repenser le fétichisme

Prs FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI et ANDRÉ LANGANEY

Avant que le terme *sexologie* apparaisse en 1907 avec le dermatologue allemand Iwan Bloch, les savants statuent, au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, une norme sexuelle absolue qui désigne une démarcation entre la normalité, caractérisée par la *régularité du mariage* aboutissant à la fécondation, et la *perversion de l'instinct génésique*, c'est-à-dire toute pratique sexuelle n'ayant pas comme but la reproduction.

La perpétuation de l'espèce est considérée comme la fonction primaire de tout être humain. Ainsi, accomplir le *vœu de la Nature*, visant strictement la reproduction, est inéluctable. Comme l'a rappelé l'historien Alain Corbin, «tout acte de chair accompli hors du mariage est illicite», et le pire est «d'émettre sa semence hors du vase naturel qui permet la génération». Toute pratique sexuelle qui sort de ce schéma est ainsi considérée comme déviante. Ce concept étant, s'ouvre un champ d'étude et d'intérêt qui est celui des déviations de l'instinct sexuel.

La médecine et la psychologie s'approprient des déviances sexuelles, considérées comme des manifestations pathologiques, d'autant plus qu'elles s'inscrivent dans les théories de la dégénérescence héréditaire qui envahissent la médecine depuis le milieu du 19<sup>e</sup> siècle. Les *déviances de l'instinct génésique* sont conçues comme un symptôme de la folie héréditaire, la grande maladie du siècle. La chasse au dégénéré fait rage au milieu du 19<sup>e</sup> siècle et vise spécifiquement ceux qui ont des pratiques sexuelles déviantes, car on considère que celles-ci conduisent à la dégradation du capital héréditaire et à la stérilité.

Parmi toutes les pratiques sexuelles déviantes, le fétichisme a, historiquement et culturellement, une part importante. La psychologie définit le *fétichisme* comme la relation de l'être sexuel avec un objet spécifique, ou avec une partie du corps, vue comme objet, mais aussi comme l'ensemble de certaines *préfé-*

*rences sexuelles bizarres*. C'est le psychologue Alfred Binet, en 1887, qui propose le terme *fétichisme* (du latin *facticus*, «fabrication», artefact auquel on attribue une force surnaturelle) et le définit comme l'adoration d'une partie corporelle ou d'un objet.

Il ne s'agit pas d'un mot nouveau, mais d'un mot utilisé dans un sens nouveau; un néologisme de sens. En fait, ce terme a déjà été employé vers 1756 par Charles de Brosses pour signifier l'adoration religieuse d'un objet que l'on investit d'un pouvoir divin.

Dans le fétichisme sexuel, explique Binet, «l'adoration religieuse est remplacée par un appétit sexuel». Le terme *fétichiste* s'est très rapidement imposé dans la psychopathologie et le fétichisme devient, dans ce langage, un moyen obscène et pathologique de chercher le plaisir à travers l'érotisation d'un objet, ou d'une partie du corps réduite à l'objet. Le fétichisme porte, en soi, le péché de n'érotiser que la partie ou l'objet, et non la personne dans sa totalité. Il incarne le sacrilège de ne pas viser le but ultime de chaque être humain: la reproduction biologique et sociale de l'espèce.

**MALGRÉ  
L'ÉVOLUTION DE  
LA PENSÉE, LE  
FÉTICHISME EST  
TOUJOURS CONSI-  
DÉRÉ COMME  
UN TROUBLE**

La psychiatrie, en adhérant à cette culture, insère le fétichisme dans les classifications cliniques (DSM 1 et 2 sous «déviations sexuelles»; DSM 3 sous le terme plus neutre «paraphilie»).

Il faut attendre les dernières publications pour que le fétichisme ne soit plus vu comme un trouble (CIM-11) et soit considéré pathologique uniquement lorsqu'il est associé à une souffrance personnelle, à une altération du fonctionnement de l'individu, ou si sa satisfaction entraîne un préjudice personnel ou pour autrui. Ainsi, bien que certaines pratiques fétichistes soient sans aucun doute du ressort de la psychopathologie, dans nombre de cas on peut s'interroger sur la pertinence de leur qualification de comportement pathologique. Malgré l'évolution de la pensée, le fétichisme est

toujours considéré comme un trouble et pris en charge comme tel (on peut s'interroger, par ailleurs, sur les «résultats» de ces prises en charge). La référence religieuse continue à influencer, consciemment ou pas, la pensée psychiatrique. N'oublions pas que le mot *fétichiste* a été employé pour qualifier des pratiques religieuses. La connotation de divinisation, intrinsèque au concept de fétichisme, considérée comme hautement pathologique, porte en elle des résidus anthropologiques difficiles à dissiper.

Repenser le fétichisme signifie sortir du jugement et initier une réflexion en dehors des zones de confort. Comment considérer pathologique un comportement très répandu dans les pratiques sexuelles, mais aussi dans la vie de tous les jours? La valorisation extrême de certaines marques, l'hypervalorisation de l'objet dans la mode, la *divinisation* d'objets portés par des artistes, certaines modalités d'utilisation des réseaux sociaux, l'omniprésence d'objets symboliques dans les lieux de culte et l'abondance et la célébration dans la figuration artistique d'objets et personnages symboliques en témoignent.

Si l'on y réfléchit, le fétichisme est d'une remarquable consistance culturelle. Il faudrait donc plutôt construire un discours qui invite à penser le fétichisme comme la matérialisation du désir, et non comme la chosification de l'autre. La focalisation du désir sur un élément accessoire du tout n'est pas réductrice de l'ensemble quand tout se concentre sur la partie. Avec quels critères définir le fétichisme comme pathologique? Est-ce que l'objet fétiche serait simplement un autre type de zone érogène? Le fétiche n'est-il qu'un symbole de l'être aimé ou désiré absent? Une figure d'attachement? Une métaphore? Une expression esthétique? Un élan artistique? Est-ce qu'un discours figuré et symbolique du désir n'implique pas que la narration qui l'exprime soit, elle aussi, figurée et poétique, intensément vécue donc fétichiste? Et si la fétichisation n'exprimait que notre capacité à mentaliser et érotiser des symboles?

Des études sur les oiseaux ont permis d'identifier deux phénomènes d'*empreinte* distincts permettant l'apprentissage non réversible, pendant une période sensible courte, d'un *objet maternel*, puis, plus tard, mais avant maturité sexuelle, d'un *objet sexuel*. Ces empreintes sont retrouvées chez les mammifères qui, de manière générale, apprennent plus que les oiseaux. Mais leurs périodes sensibles sont plus longues, elles se superposent entre empreintes maternelles et sexuelles, leurs empreintes sont moins stéréotypées et semblent réversibles.

Ainsi, la définition d'un futur objet sexuel d'un individu peut se construire entre enfance et adolescence, en fonction de son histoire de vie et de conditionnements érotiques, positifs ou négatifs, acquis au cours d'interactions avec les personnes qui l'entourent, leurs parties du corps ou des objets associés. Une telle empreinte sexuelle explique autant la construction des orientations sexuelles que des particularités éventuelles, comme l'intérêt particulier pour une partie du corps, un geste ou un objet jouant le rôle de marqueur érotique. Dans ce cadre, la sexualisation mentale est un conditionnement qui construit de futurs objets du désir, par une *fétichisation* normale de futurs objets sexuels, laquelle peut comprendre des particularités individuelles bizarres que des sociétés considéreront comme déviantes ou pathologiques.

Comme le dit Paul B. Preciado, philosophe: «C'est dans le culte du fétiche que la pitoyable histoire sexuelle de l'humanité trouve sa version la plus conceptuelle et poétique». «Loin d'être un signe de déviation ou de perversion, le fétichisme nous montre l'étendue des restrictions que la modernité occidentale, tout à sa tâche de fabriquer l'expérience sexuelle civilisée, a imposé à la pulsion de vie.»

Et s'il avait raison?

**ET SI LA  
FÉTICHISATION  
N'EXPRIMAIT QUE  
NOTRE CAPACITÉ  
À MENTALISER ET  
ÉROTISER DES  
SYMBOLES ?**

Rev Med Suisse 2020; 16: 539-42

## Intégration de la médecine sexuelle dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant du VIH

M. Bolmont, F. Bianchi-Demicheli et A. Calmy

**L'** affection VIH affecte la fonction et la santé sexuelles, la relation de couple, aussi bien que la santé mentale et la qualité de vie. Pour assurer une prise en charge et une qualité de soins optimales, en raison de l'importance de la santé sexuelle pour chaque individu, nous avons évalué la demande concernant la sexualité et la santé sexuelle chez les patients souffrant d'une affection VIH et les besoins de connaissances professionnelles dans ce domaine du personnel soignant. Les résultats ont montré que la sexualité occupait une place importante chez les patients et les soignants. De plus, les soignants souhaitent créer un meilleur réseau professionnel, dans le but de rediriger les patients vers des spécialistes en fonction de leurs besoins spécifiques. Enfin, les soignants ont exprimé une volonté de mieux se former en sexologie et en santé sexuelle.

Rev Med Suisse 2020; 16: 522-4

## Chercher, reconnaître, choisir un partenaire

A. Langaney et F. Bianchi-Demicheli

**L'** a sexualité nécessite des reconnaissances et des synchronisations. De la reconnaissance chimique des cellules aux neurones miroirs qui anticipent les gestes et les émotions d'un partenaire, bien des niveaux de connaissance du conjoint existent. Certains animaux reconnaissent leurs congénères, pas leur sexe. Beaucoup plus reconnaissent le sexe, mais pas les individus. Seuls les oiseaux et mammifères ont des relations sexuelles et sociales personnalisées. Des « empreintes » mettent en place la définition, stéréotypée ou flexible selon les cas, d'objets et objectifs sexuels. Chez les humains, l'empreinte sexuelle conditionne l'orientation, les pratiques recherchées et la réponse aux prescriptions contradictoires des pulsions personnelles, des règles sociales, des modes, des médias et des contingences des histoires de vie.

Rev Med Suisse 2020; 16: 525-30

## Place des implants péniens d'érection dans le traitement de la dysfonction érectile: le point en 2020

D. Chevallier, A. Faix, C. Bettocchi, R. Djinnovic et D. Ralph

**L'** es implants péniens d'érection (IPE) sont considérés comme le gold standard du traitement de la dysfonction érectile (DE) à composante organique échappant aux traitements pharmacologiques et au traitement mécanique. Ils sont très largement associés à des taux de satisfaction élevés, des taux de complication bas et à une fiabilité élevée. La place de l'information préopératoire est fondamentale. Il s'agit d'une chirurgie simple et peu invasive. Les IPE s'imposent de plus en plus comme une ligne de traitement à part entière. Dans cet article seront abordés la présentation des différents implants disponibles, les éléments sous-tendant leur indication, la place de l'information préopératoire, les grands principes de la chirurgie, les résultats postopératoires et les taux de satisfaction.

Rev Med Suisse 2020; 16: 543-5

## Sexualité chez les sujets souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

L. Soldati et M. Bolmont

**B'** ien qu'il existe une littérature conséquente concernant la sexualité des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique tel que la dépression, le trouble anxieux, la schizophrénie, les troubles alimentaires ou les troubles de la personnalité, peu d'études ont investigué à ce jour la sexualité des patients souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Le but de cet article est donc de se focaliser sur les connaissances actuelles en matière de sexualité chez des personnes souffrant du TDAH. Ces derniers semblent avoir moins de satisfaction sexuelle, plus de désir sexuel, plus de dysfonctions sexuelles et plus de comportements sexuels à risque que la population générale.

Rev Med Suisse 2020; 16: 548-51

## Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé

M. Eshmaewy, J. Fredouille et F. Bianchi-Demicheli

**L'** a sexualité est un aspect important de la vie humaine à tous les âges et son expression est un besoin humain essentiel, quel que soit l'âge. La société vieillit et les gens vivent plus longtemps. Alors qu'elle se poursuit tout au long de la vie, de nombreux facteurs influent sur la sexualité des personnes âgées. Le processus de vieillissement et le remodelage du mode de vie jouent un rôle important dans la modification des besoins sexuels et du comportement sexuel à un âge avancé. L'expression de la sexualité est considérée comme un besoin fondamental de la santé mentale de tous les individus, sans distinction de sexe et d'âge. La majorité des professionnels de la santé ne discutent pas de manière proactive des problèmes de sexualité avec les personnes âgées, ce qui nécessite une plus grande attention.

Rev Med Suisse 2020; 16: 531-8

## Maladie de Lapeyronie: le point en 2020

A. Faix, D. Chevallier, C. Bettocchi, R. Djinnovic et D. Ralph

**L'** a maladie de Lapeyronie (MDL) est une cause relativement méconnue de dysfonction sexuelle. La symptomatologie peut associer l'apparition d'une déformation en érection, des douleurs de la verge et une dysfonction érectile (DE). L'étiologie est le plus souvent floue, et les traitements médicaux limités, même si une amélioration est toujours possible. Le traitement chirurgical reste cependant la seule solution lorsque la maladie est stabilisée et en cas de handicap érectile et sexuel important.

# Chercher, reconnaître, choisir un partenaire

Prs ANDRÉ LANGANEY<sup>a</sup> et FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELII<sup>b,c,d</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 522-4

**La sexualité nécessite des reconnaissances et des synchronisations. De la reconnaissance chimique des cellules aux neurones miroirs qui anticipent les gestes et les émotions d'un partenaire, bien des niveaux de connaissance du conjoint existent. Certains animaux reconnaissent leurs congénères, pas leur sexe. Beaucoup plus reconnaissent le sexe, mais pas les individus. Seuls les oiseaux et mammifères ont des relations sexuelles et sociales personnalisées. Des «empreintes» mettent en place la définition, stéréotypée ou flexible selon les cas, d'objets et objectifs sexuels. Chez les humains, l'empreinte sexuelle conditionne l'orientation, les pratiques recherchées et la réponse aux prescriptions contradictoires des pulsions personnelles, des règles sociales, des modes, des médias et des contingences des histoires de vie.**

## Looking for, recognizing and choosing a mate

*Sex needs recognition and synchronization. Many levels are found, from chemical cell recognition to mirror neurons which anticipate actions and emotions of a partner. Some animals recognize species, but not sex. Many more recognize sex, but not individuals. Individualized sex and/or social relations are only found in birds and mammals. Imprinting defines sex objects and goals, stereotyped or flexible, according to species. In humans, sex imprinting conditions sex orientation, practices and response to contradictory prescriptions of personal drives, social rules, fashion, medias and life history's contingencies.*

## INTRODUCTION

Les technologies humaines utilisent des reconnaissances par la forme, comme les systèmes clé-serrure, par la structure chimique, par l'ajustement de fréquences, sonores ou autres, par des signaux... La plupart sont déjà utilisées dans le monde vivant. En particulier, elles établissent des liens entre individus. Les animaux reconnaissent les semblables et les commensaux, les proies, les prédateurs, les parasites, certains les partenaires sociaux, parents et enfants. Et les partenaires sexuels nécessaires au maintien des populations. Les crabes ont des systèmes clé-serrure qui réservent la copulation aux mâles d'une seule espèce dont les membres rigides sont ajustés aux vulves rigides des femelles.<sup>1</sup> Les scorpions et certains insectes emballent leur sperme dans un module externe, dit «spermatophore», de forme adaptée aux organes femelles. Ces formes ont séparé des

milliers d'espèces. Entre cellules sexuelles, la reconnaissance est surtout chimique, mais peut comporter des vibrations ou des ouvertures de pores pour la fécondation. La reconnaissance cellulaire utilise des systèmes comparables à ceux de l'immunologie. Mais c'est chez les animaux que l'on trouve les exemples les plus sophistiqués de reconnaissance.

## RECONNAÎTRE UN OBJET SEXUEL POTENTIEL

La diversification des espèces est essentielle dans le monde vivant, et la sexualité y joue un rôle majeur.<sup>2</sup> Depuis 1 à 4 milliards d'années, elle se limite à deux sexes dans la plupart des cas. Mais des paramécies ont quatorze groupes sexuels, conditionnés par des reconnaissances chimiques. Face à la nécessité de fécondation, deux sexes, c'est déjà une complication: il faut trouver un partenaire parmi des milliards d'individus de plein d'espèces différentes! Dans les cas «simples», des automatismes organisent les rencontres et les reconnaissances. Comme l'attraction chimique de spermatozoïdes par des ovocytes lâchés dans l'eau, chez les oursins et beaucoup de poissons. Avant et après la rencontre, cette attraction nécessite la perception du signal et d'en rejoindre l'émetteur, puis le processus de fécondation. Ainsi que des mécanismes qui synchronisent les maturités sexuelles des partenaires: saisons, cycles jours-nuits et même phases de la lune, chez des vers marins comme les néréis. L'odeur de phéromones sexuelles regroupe des partenaires, à des kilomètres de distance chez certains papillons. Leurs destinataires ont des récepteurs 3D spécifiques, comparables aux anticorps en immunologie. On trouve des phéromones partout dans le monde animal, jusqu'à ces molécules humaines qui manipuleraient, selon certains, nos inconscients. La fonction de rapprochement-reconnaissance peut être assurée par les signaux sonores des oiseaux, des ultrasons ou des infrasons chez les baleines, les chauves-souris ou les éléphants. Elle se complète souvent de signaux visuels: formes, textures, couleurs et mouvements.

## EMPREINTE MATERNELLE, EMPREINTE SEXUELLE

Les observations de Lorenz<sup>3</sup> sur les oies cendrées et des expériences sur des canards ont établi qu'un objet en mouvement présent, pendant une période sensible d'une heure, treize heures après la sortie d'un oisillon de son œuf, est adopté comme «objet maternel», fût-il aussi bizarre qu'une boule qui tourne ou... un humain comme Lorenz. Ce qui prouve qu'il y a apprentissage de l'objet maternel – la mère génitale dans les conditions habituelles. Cette reconnaissance n'est pas innée et est soumise à un seul critère: la mobilité. Les mammifères ont aussi une empreinte maternelle, plus tardive, mais réver-

<sup>a</sup> Unité d'anthropologie, Département de génétique et évolution, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>b</sup> Unité de médecine sexuelle et sexologie, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14 <sup>c</sup> Consultation de médecine sexuelle, Département femme-mère-enfant, CHUV, 1011 Lausanne <sup>d</sup> Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, 1211 Genève 4  
francesco.bianchi-demichelii@hcuge.ch | andre.langaney@unige.ch

sible et avec une période sensible longue. Il y a aussi l'apprentissage de l'odeur du nouveau-né par la mère, comme le prouvent des expériences d'adoption sur des brebis.

Des poussins mâles<sup>4</sup> ont été élevés en isolement avec une forme plastique couvrant un magnétophone diffusant un caquètement de poule. À l'âge adulte, ces coqs tentaient de s'accoupler avec la forme en plastique plutôt qu'avec des poules! Ce qui prouve un apprentissage, à effet différé, de l'objet sexuel. D'où la notion d'une empreinte sexuelle, différente de l'empreinte maternelle, par laquelle un jeune définit ses futurs objets sexuels. Chez les oiseaux, l'empreinte sexuelle est différente par son calendrier et sa période sensible de l'empreinte maternelle, même si son objet est en général la mère, en tant que catégorie et non individu. Chez les mammifères, il y a une confusion entre les deux empreintes par la superposition des périodes sensibles, le caractère moins stéréotypé des deux attachements et leur réversibilité. Les nombreuses observations d'empreinte sexuelle à l'humain par des mammifères élevés par des soigneurs confirment la pertinence de cette notion d'empreinte sexuelle des mammifères, une empreinte moins stéréotypée, plus lente que chez les oiseaux et réversible. On s'en souviendra à propos de la sexualité humaine...

## INTERAGIR AVEC LE PARTENAIRE IDENTIFIÉ

Il y a plusieurs niveaux de reconnaissance d'un partenaire sexuel. Des punaises ne connaissent que l'espèce: les mâles pratiquent une «insémination traumatique» sur tout congénère,<sup>5</sup> mâle ou femelle (figure 1). Il arrive qu'un mâle B, inséminé par A, recycle le sperme de A dans le sien. L'homosexualité de A peut alors devenir féconde si B insémine une femelle! De nombreux animaux reconnaissent l'espèce et le sexe, mais pas plus. Dans certains couples de poissons, on peut remplacer femelle ou mâle par un poisson du même sexe, dans le même état, sans interrompre les comportements d'interaction en cours. C'est chez les oiseaux et les mammifères que l'on rencontre des mécanismes identifiant un individu parmi tous les autres. Les manchots empereurs utilisent des sifflements et des gestes pour retrouver leur partenaire ou leur jeune unique parmi la foule. Chez d'autres oiseaux, le retour au nid du partenaire parti se nourrir nécessite une offrande rituelle de branche, d'algues ou de pierre, sans identification individuelle. Cette dernière est permise par des échanges précis chez les manchots empereurs, ou des odeurs individuelles chez des mammifères. Synchroniser

**FIG 1** Punaises à insémination traumatique

Ces punaises ne distinguent pas le sexe de leurs partenaires. Certains mâles recyclent le sperme d'un partenaire homosexuel lors d'un rapport hétérosexuel, ce qui peut assurer alors la fécondité du premier rapport homosexuel...



des parades nécessite des systèmes sensoriels et moteurs performants. Beaucoup de ces mécanismes sont inconnus, mais les mammifères ont des systèmes de perception et d'anticipation des actions de l'autre qui doivent avoir des équivalents chez toute espèce accomplissant des parades coordonnées. Chez plusieurs espèces, des systèmes de «neurones miroirs» permettent de suivre les actions d'un autre et d'anticiper leurs conséquences sans participer à l'action, comme nous anticipons les pas d'un danseur ou les notes d'un musicien. La neuro-imagerie du désir a montré l'activation des systèmes de neurones miroirs et des aires impliquées chez l'humain.<sup>6</sup> De tels neurones ont pu être développés par des prédateurs qui pourchassent leurs proies et par les proies qui fuient les prédateurs, mais jouent un grand rôle dans les interactions sexuelles.

## CHOISIR PARMIS LES POSSIBLES

Hormis les viols, systématiques dans certaines espèces, beaucoup d'animaux font des choix de partenaires. Souvent, les femelles acceptent ou refusent les avances de mâles toujours prêts, de la mouche du vinaigre aux grands chimpanzés. Radicales, les femelles néphiles, des araignées, selon les vibrations qu'un mâle huit cent fois plus petit provoque sur leur toile, acceptent un bref accouplement ou/et dévorent le prétendant!<sup>7</sup> La mouche du vinaigre choisit le meilleur danseur, avec une préférence pour des couleurs d'yeux rares.<sup>8</sup> Chez les coqs de bruyères, les femelles circulent parmi un «lek», rassemblement de mâles, pour choisir un chanteur-danseur. Des expériences sur des oiseaux formant des couples ont précisé, espèce par espèce, des critères de choix très différents: longueur de plumes, qualité des chants et danses ou des offrandes, chez les oiseaux à berceau. Mais bien des critères sont inaccessibles aux humains et nous ne suivrons pas les sociobiologistes qui interprètent en cause finale de «qualité génétique» le choix d'un partenaire sur son plumage ou sur son ramage. Les femelles drosophiles ou mésanges ne cherchent pas la performance optimale du sperme de leur partenaire, même si elles évitent ceux dont l'allure ou les parades ne les satisfont pas! Chez les espèces territoriales, les mâles les plus actifs ont accès à une ou plusieurs femelles: de deux ou trois chez les troglodytes et les orangs-outans à plus de quatre-vingt chez les éléphants de mer. Chez les canards colverts, une période de promiscuité sexuelle précède la formation de couples saisonniers. Un mâle, calmé par la chute saisonnière de sa testostérone, s'associe à une femelle pour élever des jeunes dont il n'est pas souvent le géniteur. Chez des singes, l'allaitement privilégie la relation à la mère, mais une relation «paternelle» est exercée par plusieurs mâles dans des groupes sociaux variables selon les espèces. Enfin, pour rappeler notre inaptitude à comprendre les critères de liens chez les animaux, on peut rappeler l'incompréhension de Jane Goodall à Gombe face à une colonne de mâles chimpanzés attendant leur tour pour s'accoupler avec une femelle dépendante et puante. Les mêmes avaient refusé les avances d'une jeune, bien plus sexy selon la primatologue!<sup>9</sup> Les goûts sont affaire de culture, de mode et de biologie, chez les chimpanzés aussi...

## DURÉE DE L'ATTACHEMENT

Certains poissons mâles des abysses rencontrant une rare femelle s'y collent, dégénèrent et se réduisent à leur testicule

qui, avec un peu de chance, fécondera la femelle. Chez les «Diplozoons», deux partenaires hermaphrodites fusionnent à vie, dès leur première rencontre. Ailleurs, les couples à vie sont rares, hormis les cas célèbres des cygnes et des oies cendrées. Les couples saisonniers sont bien plus fréquents, en particulier chez les oiseaux, avec ou sans exclusivité sexuelle. Chez les mammifères, une grande diversité de structures sociales, permanentes ou saisonnières s'accompagne de liens sexuels qui vont de l'exclusivité pour les dominants à la promiscuité des bonobos. Chez ceux-ci, des relations hétéro- ou homosexuelles très fréquentes préviennent les conflits. Dans la société, les liens sexuels, éphémères, s'effacent alors devant les liens permanents du groupe social: amitié, attachement, collaboration, jeu ou subordination.<sup>10,11</sup>

## NOUS AUTRES, HUMAINS ACTUELS

Nous avons hérité de nos ancêtres une relation mère-enfant incontournable et des systèmes de phéromones mal connus, limités par un odorat sommaire. Apprenant plus et ayant moins de déterminants innés que les autres mammifères, nous devons certainement, encore plus qu'eux, définir nos objets sexuels par des apprentissages infantiles dans un contexte non génital, voire non sexuel. On est donc stupéfait d'avoir lu des articles des «meilleures revues» anglo-saxonnes, qui prétendaient démontrer que l'homosexualité était, selon les cas, génétique ou physiologique, mais en tout cas «innée», pas apprise! Aucune de ces publications ne résiste à l'analyse critique, mais on peut se souvenir qu'elles sont parues pendant des débats sur la criminalisation de l'homosexualité aux États-Unis et servaient d'arguments aux avocats d'homosexuels envoyés au tribunal par des lois aberrantes...

À partir de cette relation non sexualisée parent-enfant se construit chez l'enfant un fonctionnement psychologique vital, lié au système de l'attachement (styles d'attachement). Chez l'adulte, ce système évolue et joue aussi un rôle subtil et déterminant dans la sexualité. Il est ainsi impliqué dans l'identification, la recherche et le choix du partenaire, des modalités du comportement sexuel et dans le fonctionnement des relations de couple. Chez l'humain, toutefois, attachement et attirance sexuelle (amour et désir) n'entretiennent pas uniquement des liens de complémentarité et d'interdépendance. En effet, bien que désir et amour soient souvent en synergie, le désir sexuel n'est pas un prérequis indispensable à l'état amoureux, et l'amour, s'il peut le favoriser, n'est pas nécessaire à la manifestation du désir sexuel. Les études neurobiologiques, par ailleurs, montrent des patterns d'activation neuronaux avec des similarités mais aussi des différences entre les deux phénomènes.

Dès lors, pourquoi certains individus ne tombent-ils amoureux que de partenaires vers lesquels ils sont attirés sexuellement? Pourquoi d'autres ne s'autorisent-ils de relations sexuelles que dans le cadre d'une relation sentimentale? Pourquoi encore les mariages arrangés peuvent-ils bien réussir en termes de satisfaction individuelle et de couple, avec des taux de séparation très faibles? Les raisons de ces situations sont culturelles. La plupart des sociétés humaines sont très prescriptives en matière de comportements sexuels et de relations entre individus. Elles définissent aussi, explicitement ou

implicitement, le rôle des sentiments dans la sexualité. Ces normes imposent à la plupart des individus de «bons» types de relations et de pratiques.

Des données de recherche montrent que l'attachement est plus susceptible de se former entre des individus très proches et en contact les uns avec les autres pendant une période prolongée. La sexualité fournit ainsi une récompense puissante qui augmente la probabilité de s'attacher à des partenaires sexuels.

Nos structures sociales varient beaucoup d'une culture à l'autre, et au sein de la même culture quand, rarement, elle est tolérante. La question de la formation des liens entre partenaires ou futurs parents ne se pose pas dans des centaines de cultures où les parents choisissent les conjoints sur des critères économiques, d'âge ou de parenté. Cela n'empêche pas les relations «illégitimes», même très réprimées. Sory Camara<sup>12</sup> raconte la théorie mandenka «des deux amours», chantée par les griots. L'amour légitime attache à la mère ou au père de ses enfants, avec qui on cohabite. L'amour passion, pour tout autre, est très romantique mais interdit... et il finit toujours très mal!

## CONCLUSION

Des études ont cherché des critères de choix de partenaires dans les sociétés où il est possible, tels que des phéromones ou des odeurs complexes liées au système majeur d'histocompatibilité (découvertes chez la souris). Des protocoles détaillés ou la non-répétition de résultats préliminaires se joignent au bon sens pour ne pas les retenir chez nous à ce jour. Les injonctions de certaines sociétés, les conditionnements culturels, les modes, les critères économiques et les traditions orales évolutives fabriquent des partenaires idéaux imaginaires, que l'on plaque sur des ressemblants rencontrés, ou que l'on cherche à vie sans succès. La rencontre «culturellement neutre» sur les seuls critères biologiques d'attraction et de lien est démontrée chez des animaux non humains et peut s'imaginer en laboratoire. Il est peu probable qu'elle se produise souvent dans le bouillonnement culturel arbitraire des populations humaines.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Guinot D. Données nouvelles sur la morphologie, la phylogénèse et la taxonomie des crustacés décapodes brachyours. Paris: Éditions du Muséum; 1979.  
2 \*Langaney A. Le sexe et l'innovation. Paris: Seuil; 1979.  
3 \*Lorenz K. Les fondements de l'éthologie. Paris: Flammarion; 1998.  
4 \*Eibl-Eibesfeldt I. Éthologie. Biologie du comportement, 3e éd. Paris: Ophrys; 2002.  
5 Carayon J. Traumatic insémination and the paragenital system. In: Usinger R. Monograph of the Cimicidae. Philadelphie: American Entomological Society; 1966; p. 81-166.  
6 \*Ortigue S, Patel N, Bianchi-Demicheli F. New electroencephalogram (EEG) neuroimaging methods of analyzing brain activity applicable to the study of human sexual response. J

Sex Med 2009;6:1830-45.  
7 Rollard C, Blanchot P. Fascinantes araignées. Versailles: Quæ; 2017.  
8 Petit C. Le déterminisme génétique et psycho-physiologique de la compétition sexuelle chez *Drosophila melanogaster*. Bull Biol Fr Bel 1958;92:248-329.  
9 \*Goodall J. The chimpanzees of Gombe. Patterns of behavior. Cambridge: Harvard University Press; 1986.  
10 \*De Waal F. De la réconciliation chez les primates. Paris: Flammarion; 2002.  
11 Bowlby J. Attachment. New York: Basic Books; 1969.  
12 \*Camara S. Gens de la parole. Paris: Mouton; 1976.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Place des implants péniers d'érection dans le traitement de la dysfonction érectile: le point en 2020

Pr DANIEL CHEVALLIER<sup>a,c</sup>, Dr ANTOINE FAIX<sup>a,b</sup>, Pr CARLO BETTOCCHI<sup>a,d</sup>, Dr RADOS DJINOVIC<sup>a,e</sup> et Pr DAVID RALPH<sup>a,f</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 525-30

Les implants péniers d'érection (IPE) sont considérés comme le gold standard du traitement de la dysfonction érectile (DE) à composante organique échappant aux traitements pharmacologiques et au traitement mécanique. Ils sont très largement associés à des taux de satisfaction élevés, des taux de complication bas et à une fiabilité élevée. La place de l'information préopératoire est fondamentale. Il s'agit d'une chirurgie simple et peu invasive. Les IPE s'imposent de plus en plus comme une ligne de traitement à part entière. Dans cet article seront abordés la présentation des différents implants disponibles, les éléments sous-tendant leur indication, la place de l'information préopératoire, les grands principes de la chirurgie, les résultats postopératoires et les taux de satisfaction.

## Penile prosthesis in the treatment of erectile dysfunction: updates in 2020

Penile erection implants are considered to be the «Gold Standard» for the treatment of erectile dysfunction with an organic component that escapes pharmacological and mechanical treatment. The place of preoperative information is fundamental. It is a simple and minimally invasive surgery. Penile Erection Implants are becoming more and more a full-fledged treatment line, which can be offered at the same time as other Erectile Dysfunction treatments. In this article, we will discuss the presentation of the different implants available, the elements underlying their indication, the place of preoperative information, the main steps of the surgical procedure, the outcomes and satisfaction rates.

## INTRODUCTION

Les implants péniers d'érection (IPE) sont considérés comme le gold standard du traitement de la dysfonction érectile (DE) à composante organique et ne répondant pas ou plus aux traitements pharmacologiques (*voies orale et/ou intracaverneuse et/*

*ou intra-urétrale*). Ils sont aussi le traitement de référence lorsque les patients présentent des contre-indications, des effets indésirables, des insatisfactions, voire des impossibilités techniques à l'utilisation de ces traitements pharmacologiques. Toujours dans ce même cadre étiologique, ils sont une solution pour les patients ne souhaitant pas ou étant peu satisfaits par le traitement mécanique (*vacuum ou pompe à vide*).

Les travaux ayant trait à l'amélioration de la conception des IPE et de leur technique de pose, à la prévention des infections, à la prévention et à la prise en charge des potentielles complications, au taux de satisfaction, à l'intégration des IPE dans la mécanique plus globale du fonctionnement du couple, sont désormais nombreux et font des IPE bien plus qu'une *alternative* en cas d'échec des traitements pharmacologiques et du traitement mécanique de la DE.<sup>1</sup> Ils deviennent de plus en plus une ligne de traitement à part entière, pouvant être proposée en même temps que les autres traitements.

Les IPE sont de deux types: malléables semi-rigides et gonflables hydrauliques. Ceux-ci sont très largement associés, dans l'ensemble de la littérature, à des taux de satisfaction élevés, à des taux de complications bas et à une fiabilité élevée.<sup>2-5</sup>

Le terme *prothèse pénienne*, longtemps attribué à ces dispositifs, a été un frein à l'indication de leur pose, tant il véhiculait dans l'imaginaire, du patient mais aussi du médecin, l'image d'un dispositif supposé visible extérieurement, maintenu par un dispositif complexe d'attaches et coupant définitivement les ponts avec une sexualité normale (*plus de sensation, plus d'éjaculation, plus d'orgasme...*). Un peu à l'instar d'une prothèse de jambe que l'on comparerait au fonctionnement d'une jambe normale.

Mais il n'en est rien... Placés à l'intérieur de chaque corps caverneux, les IPE sont simplement des tuteurs de la rigidité pénienne, permettant au pénis en tumescence d'arriver à une rigidité compatible avec un rapport sexuel avec pénétration. La tumescence reste naturelle et en tout cas adaptée à la qualité vasculaire des corps caverneux, qui elle-même varie selon les étiologies de la DE. Si les sensations pendant le rapport peuvent être modifiées, elles dépendront du degré d'engorgement du gland et de la qualité de la tumescence du tissu caverneux autour de l'implant. Orgasme et éjaculation sont conservés. Rien ne se devine extérieurement. Ce dispositif peut même passer totalement inaperçu pour une partenaire non habituelle. Il ne sonne pas aux portiques de sécurité des aéroports et n'empêche pas la pratique du sport, y compris le vélo.

<sup>a</sup>MHISC (Men's Health International Surgical Center), 3, route de Muids, 1272 Genolier, <sup>b</sup>Centre de sexologie et andrologie de la Méditerranée, 265, avenue des Etats du Languedoc, 34000 Montpellier, France, <sup>c</sup>Service de chirurgie de la transplantation rénale, Département d'urologie et transplantation rénale, CHU Nice, Hôpital universitaire Pasteur-2, 06001 Nice, France, <sup>d</sup>Policlinico di Bari Azienda Ospedaliero Universitaria, Servizio di Urologia, Piazza Giulio Cesare, 11, 70124 Bari, Italie, <sup>e</sup>Sava Perovic Foundation, Center for Genito Urethral Reconstructive Surgery, Borisavljeviceva str. 58, 11000 Belgrade, Serbie, <sup>f</sup>St Peter's Andrology Centre, 145 Harley Street, Londres, W1G 6BJ, Grande-Bretagne  
docteurfaix@gmail.com | faix@mhisc.ch | chevallier.d@chu-nice.fr  
chevallier@mhisc.ch | carlo.bettocchi@uniba.it | bettocchi@mhisc.ch  
djinovic@gmail.com | djinovic@mhisc.ch | dralph@andrology.co.uk  
ralph@mhisc.ch

La place de l'information préopératoire est fondamentale pour dépister les patients mauvais candidats, pour optimiser le taux de satisfaction et prévenir du risque de complications.<sup>6</sup> Le recours en périopératoire à des consultations spécialisées (*médecine sexuelle et sexologie, diabétologie, cardiologie...*) peut être très utile, toujours dans cette optique.<sup>7</sup> Si, à aucun moment, on ne pourra promettre au patient, candidat à un IPE, le recouvrement de *sa sexualité d'avant la DE, sa sexualité avec IPE* sera néanmoins épanouissante, aboutie et satisfaisante.

Dans cet article seront présentés les différents implants disponibles, les éléments sous-tendant leur indication, la place de l'information préopératoire, les grands principes de la chirurgie, les résultats postopératoires et les taux de satisfaction.

### IMPLANTS DISPONIBLES

Boston Scientific (États-Unis) et Coloplast Ltd (EU) sont les deux plus importantes compagnies se partageant le marché mondial des IPE. Les IPE sont de deux types, malléables semi-rigides et gonflables hydrauliques.

#### Implants malléables ou semi-rigides

Ce sont des implants en silicone dont l'axe est armé par un matériau qui lui confère la rigidité nécessaire au rapport sexuel en même temps qu'une plasticité à mémoire de forme permettant, par une manipulation manuelle, d'être pliés au repos et redressés lors du rapport sexuel. À tout moment, l'implant conserve la forme qu'on lui donne et reste rigide (**figure 1**).

Avantages: intervention chirurgicale plus simple; coût moindre; facilité d'utilisation pour les patients en manque de dextérité.

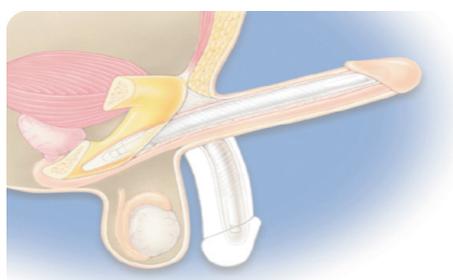
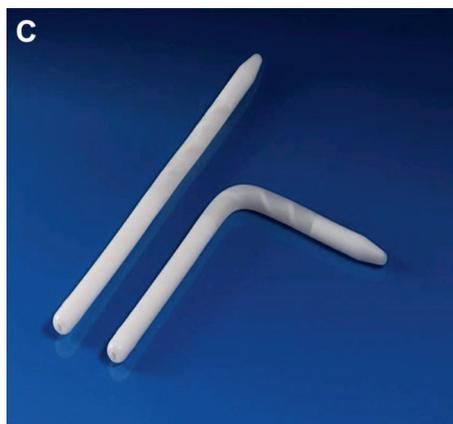
Inconvénients: reste toujours rigide même en position pliée; peut être plus difficile à dissimuler sous des vêtements apprêtés.

#### Implants malléables hydrauliques

Ces implants comportent généralement trois compartiments: les cylindres, le réservoir et la pompe. Les cylindres sont implantés dans le corps caverneux et reliés ensemble par des tubulures à un réservoir (placé dans l'abdomen) et à une pompe (placée dans les bourses) (**figures 2, 3 et 4**). Ils peuvent être réduits à deux compartiments (*cylindres et pompe*), le réservoir étant alors inclus dans chaque cylindre (**figure 5**). Tout le système est rempli de sérum isotonique.

Le maniement de la pompe va permettre des échanges de fluide entre les deux cylindres, d'une part, et le réservoir, d'autre part. Ceci va permettre alors aux cylindres d'adopter deux états: vides, ils miment l'état de flaccidité pénienne, pleins, ils se transforment alors en tuteur de la rigidité pénienne pour permettre le rapport sexuel. Ces cylindres sont en silicone disposé en multicouches (Dacron-Lycra pour Boston, polyuréthane PVP BioFlex pour Coloplast). Cette disposition va conférer aux cylindres des propriétés de déformabilité, d'extensibilité en diamètre et longueur, de résistance axiale et de souplesse à l'état flaccide. Ces propriétés diffèrent selon le

	<b>FIG 1</b>	Implant malléable semi-rigide	
--	--------------	-------------------------------	--



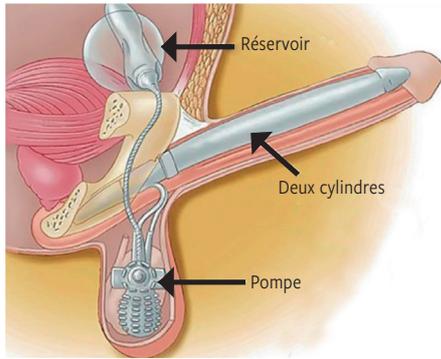
	<b>FIG 2</b>	Prothèse AMS700 Boston hydraulique trois pièces <i>Inhibizone coating</i>	
--	--------------	---	--



	<b>FIG 3</b>	Prothèse Titan IOR Coloplast hydraulique trois pièces	
--	--------------	---	--



**FIG 4** Cylindres, pompe et réservoir



**FIG 5** Ambicor Boston hydraulique deux pièces



modèle d'implant choisi. Cela va permettre de proposer au patient l'implant qui pourra s'adapter au mieux à son anatomie, à ses attentes et à la présentation peropératoire des corps caverneux, qui elle-même varie selon l'étiologie de la DE.

Les cylindres peuvent être enduits d'antibiotiques dès leur conception (rifampicine, minocycline) (AMS Inhibizone coating) (figure 2). D'autres peuvent comporter un revêtement hydrophile leur permettant d'absorber les antibiotiques rajoutés localement en peropératoire (Titan Coloplast). De plus, ce revêtement empêcherait l'adhésion des bactéries.

Avantages: facilement dissimulables car, une fois dégonflés, ces cylindres miment à la perfection l'état naturel; meilleure rigidité axiale, mimant l'érection naturelle, avec un discret gain en circonférence et en longueur.

Inconvénients: même si celui-ci est simple, le maniement de la pompe pour le gonflage et le dégonflage requiert une certaine dextérité; coût plus onéreux.

### Choix de l'implant

Même si le marché est dominé par les implants gonflables hydrauliques (AMS, Coloplast) (96,2% des poses), le choix de l'implant doit être le fruit d'une décision issue d'une discussion avec le patient et intégrant:

- L'étiologie qui a conduit à la DE (vasculaire, maladie de Lapeyronie, priapisme, blessé médullaire...).
- La dextérité et les capacités cognitives du patient.

- L'existence d'antécédent de chirurgie pénienne (implants, correction de déformation, hypospadias...).
- Les préférences du patient.
- Les préférences du chirurgien et son expérience pour ce type de chirurgie.
- Le coût de l'implant.
- La taille de la verge.

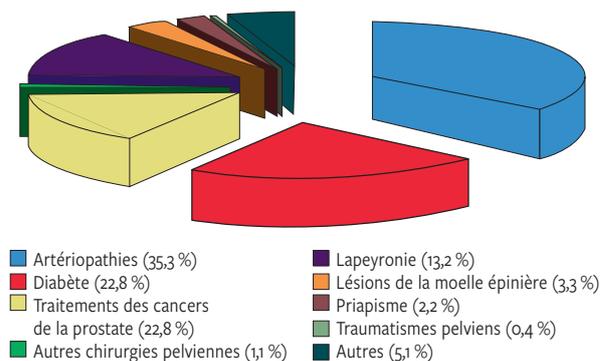
À chaque fois, il sera important de préciser au patient que l'implant s'adaptera à la taille de la verge selon son anatomie. À aucun moment l'implant ne pourra suppléer à une diminution acquise de la taille de la verge (s'installant en général de façon contemporaine à la DE), ni compenser une taille de verge *originelle* que le patient jugerait insuffisante.

### INDICATIONS POUR LA CHIRURGIE

Les IPE sont considérés comme le gold standard du traitement de la DE d'étiologie organique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux. Classiquement, ils sont donc réservés aux patients ne répondant pas ou plus aux traitements pharmacologiques (voie orale et/ou intracaverneuse et/ou intra-urétrale).<sup>1</sup> Classiquement, ils sont aussi le traitement de référence lorsque les patients présentent des contre-indications, des effets indésirables, des insatisfactions, voire des impossibilités techniques à l'utilisation de ces traitements pharmacologiques.<sup>1</sup> Enfin, ils représentent une solution pour les patients ne souhaitant pas ou étant peu satisfaits par le traitement mécanique (vacuum ou pompe à vide).<sup>1</sup> Mais de plus en plus, la tendance est de considérer les IPE comme une ligne de traitement à part entière. Les implants deviennent alors bien plus qu'une *alternative* en cas d'échec des traitements non chirurgicaux et pourraient même être proposés, dans certains cas sélectionnés, comme une première ligne de traitement.<sup>8,9</sup>

Les étiologies les plus représentées dans cette chirurgie sont les pathologies pourvoyeuses d'une dégradation organique pouvant altérer les corps caverneux dans ses trois composantes (vasculaire, tissulaire et neurologique). Diabète, artériopathie, maladie de Lapeyronie, priapisme, traitements des cancers de la prostate, traumatisme médullaire, maladie neurologique centrale, etc. sont les pathologies les plus fréquemment rapportées (figure 6).<sup>10</sup>

**FIG 6** Étiologies de la DE et de l'IPE



## SÉLECTION DU PATIENT ET INFORMATION

Une fois le patient potentiellement éligible pour la pose d'un IPE et avec le souci d'optimiser les résultats postopératoires et le degré de satisfaction du patient, il peut être conseillé de suivre les recommandations suivantes:<sup>11,12</sup>

- Ne pas sélectionner les patients au profil psychologique complexe (narcissique, égocentré, attentes non réalistes, dysmorphophobie, perfectionniste, instable, flatteur manipulateur...). Un avis spécialisé psycho-sexologique est alors nécessaire avant toute prise de décision.
- Prêter attention aux patients pouvant avoir des foyers infectieux quiescents (ORL, dentaire, cutané, unguéal, maux perforants plantaires, urinaire, pulmonaire...). Là encore le recours à des avis spécialisés est utile afin de dépister, voire de traiter, ces foyers.
- Optimiser la préparation du patient (perte de poids en cas d'IMC supérieur à 30, arrêt du tabac dans les 30 jours avant la chirurgie, équilibration diabétique avec une hémoglobine glyquée inférieure à 7, etc.).
- Demander à voir au moins une fois en consultation la ou le partenaire pour juger de son adhésion au projet chirurgical et pour déceler toute *conjugopathie* potentielle. Le recours à un médecin sexologue peut être utile.
- Connaître la motivation et les attentes du patient vis-à-vis de cette chirurgie (se méfier des attentes irréalistes et notamment celles centrées sur un gain en taille de la verge).
- Donner au patient une information sur le caractère irréversible de cette chirurgie. Si l'implant peut être aisément retiré (soit par choix du patient, soit du fait d'une complication), il est alors probable que la sexualité post-retrait d'implant soit plus altérée que celle juste avant la pose de l'implant.
- Donner au patient une information loyale, complète en termes de risque infectieux, complications, taux de satisfaction patient et partenaire.
- Insister pour dire au patient qu'une fois les implants posés, il ne retrouvera jamais la sexualité qu'il avait avant l'installation de la DE. Celle qu'il va recouvrer grâce à l'implant sera différente en termes de ressenti. Mais pour autant elle pourra être complète (sans modification de l'orgasme ni de l'éjaculation), épanouissante et aboutie.
- Faire participer le patient au choix du type d'implant (*mal-léable* ou *gonflable*) en tenant compte de ses attentes, de son aptitude à comprendre le fonctionnement d'un système hydraulique, de sa dextérité pour manier la pompe, de son anatomie, de l'existence d'antécédents de chirurgie pénienne.
- Savoir proposer une sexothérapie pour lancer cette nouvelle sexualité avec IPE.<sup>13</sup>

La plupart de ces recommandations sont aussi communes à toutes les chirurgies de reconstruction, qui plus est si elles ont recours à un matériel prothétique.

## CHIRURGIE<sup>14</sup>

Il s'agit d'une chirurgie simple et peu invasive, qui doit être effectuée par un chirurgien familiarisé avec ce type d'interventions (plus de 15 procédures par an) et entouré d'une équipe médicale et paramédicale rompue à l'écosystème de la chirurgie des prothèses en général.<sup>14</sup>

L'incision pour la pose de l'implant sera, au choix, pénoscrotales, infrapubienne ou coronale sous le gland. Pour une primo-implantation, le temps chirurgical est en général inférieur à 90 minutes. Le patient quitte l'hôpital le lendemain de la procédure, avec des soins locaux simples à domicile à effectuer par lui-même ou par une infirmière. Des visites de contrôle sont prévues aux semaines 1, 2, 3 et 6.

Le patient sera autorisé à avoir à nouveau des rapports sexuels seulement après la visite de la semaine 6. De la semaine 3 à la semaine 6, il sera autorisé à manipuler sa prothèse pour en faire connaissance et se familiariser avec son maniement. La phase postopératoire n'est pas spécialement douloureuse et les éventuelles douleurs répondent bien aux antalgiques classiques.

Durant cette période de 6 semaines, il sera demandé au patient d'être vigilant à tout risque infectieux (peau, urines, poumons...), car cela est susceptible de provoquer une contamination, voire une infection de l'implant. Au-delà de cette période des 6 semaines, l'implant aura développé autour de lui un biofilm qui le rendra moins vulnérable à la circulation d'un germe dans le système sanguin.

Certains auteurs sont partisans de la prescription d'une couverture antibiotique probabiliste de principe dans cette période des 6 semaines. La pratique du sport sera autorisée seulement après cette période de 6 semaines.

## COMPLICATIONS

Les complications sont rares et de trois ordres: infections, érosions et dysfonctionnements mécaniques.

### Infections<sup>15</sup>

Le risque infectieux pour une *primo-implantation* est bas et varie de 1 à 2,5% selon les séries. Ce risque peut être accru chez les traumatisés médullaires, ceux qui utilisent des corticostéroïdes au long cours, qui bénéficient d'une chirurgie de remplacement ou de révision de l'implant, et chez les fumeurs.

Les patients diabétiques ne sont pas à risque vis-à-vis de l'infection, pour peu que le diabète soit équilibré et que l'absence de tout foyer infectieux en cours ait été vérifiée.

L'utilisation d'implants préimprégnés d'antibiotiques ou l'imprégnation permanente du champ opératoire par un bain d'antibiotiques réduisent de façon significative le taux d'infections, notamment chez les patients à risque. Une uroculture négative est une condition sine qua non pour poser un implant pénien. L'expertise du chirurgien pour ce type d'intervention est corrélée de façon significative à la réduction du risque infectieux (durée d'intervention plus courte, moins de contact entre l'implant et la peau du patient).

### Érosions<sup>8</sup>

Avec le temps, les cylindres implantés dans les corps caverneux peuvent migrer et se retrouver ainsi exposés dans l'urètre ou

apparaître à travers le gland. Ce risque varie de 1 à 6% selon les auteurs. Les patients les plus exposés sont essentiellement les traumatisés médullaires, surtout s'ils pratiquent l'autosondage vésical. Dans ces cas d'érosion, l'implant doit être explanté.

### Dysfonctionnements mécaniques de l'implant<sup>9</sup>

Une dysfonction survient essentiellement avec les implants gonflables hydrauliques. Avec les implants modernes, le taux de dysfonctionnement mécanique est très bas. Il est estimé dans les plus grandes séries à 3,9% pour des implants posés 8 ans auparavant.

La longévité moyenne d'un implant est de 12,5 ans et dépend de la fréquence d'utilisation et de la nature des pratiques sexuelles. Un implant peut être aisément remplacé.

Les dysfonctionnements sont essentiellement représentés par des fuites hydrauliques dans le système, survenant au niveau d'un des cylindres, des tubulures, voire du réservoir. Il peut aussi s'agir d'un problème mécanique au niveau de la pompe, celle-ci devenant inefficace pour le gonflage ou le dégonflage de l'implant. Le risque de voir s'installer un dysfonctionnement mécanique serait plus élevé lorsque les implants sont mis en place en raison d'une maladie de Lapeyronie. Les dysfonctionnements peuvent être corrigés par une reprise chirurgicale. Le remplacement total de l'implant est souvent recommandé pour les implants les plus anciens.

### TAUX DE SATISFACTION<sup>4</sup>

Dans la très grande majorité des cas, les patients sont satisfaits par la pose de l'IPE (78 à 96%). Le taux de satisfaction des partenaires est lui aussi élevé (75 à 92%). Il ne semble pas y avoir de différence entre les implants gonflables et les malléables.

Ces deux taux de satisfaction sont interdépendants et interagissent entre eux. Plus le patient est satisfait de son implant, plus il entraîne l'adhésion du partenaire. A contrario, un partenaire qui ne serait pas satisfait entraîne de facto une baisse de la satisfaction chez le patient.

Ces taux de satisfaction intègrent des facteurs non seulement liés à la qualité du rapport sexuel, mais aussi des facteurs relationnels et psychologiques. Pour les patients non satisfaits, la principale plainte est l'impression d'avoir perdu de la longueur de la verge en érection. Il s'agit en général d'une mauvaise appréciation préopératoire des attentes du patient, celui-ci ayant pu être persuadé qu'il allait retrouver une taille de la verge en érection identique à celle qu'il avait avant l'apparition de la DE. On parle ici d'attente non réaliste. Un implant pénien restaure la rigidité, mais ne corrige pas une perte acquise de la longueur de la verge (perte acquise du fait même de la maladie qui a entraîné la DE). L'utilisation d'une pompe à vide pendant une période de 4 semaines avant la pose de l'implant pourrait être judicieuse chez ces patients.

D'autres patients non satisfaits allégueront une sensation de non-naturel, des éjaculations retardées, voire des rapports

peu fréquents. Dans ces cas-là, le recours à une sexothérapie peut être utile. D'autres enfin pourront se plaindre d'une insuffisance d'engorgement du gland. Cette situation n'est pas directement liée à la pose de l'implant, mais reste dépendante de l'étiologie de la DE, notamment toutes les pathologies vasculaires. Cette situation peut être améliorée par l'utilisation intra-urétrale de gel d'alprostadil.

Parmi les griefs des partenaires non satisfaits, on peut citer l'insuffisance d'informations préopératoires, la sensation pendant le rapport sexuel d'une verge qui aurait perdu en longueur et en circonférence, la modification de l'engorgement du gland, la nécessité de devoir intégrer le maniement de la pompe dans le scénario amoureux.

Toutes ces situations soulignent l'importance de la qualité de l'information préopératoire. Plus celle-ci sera complète, loyale et axée sur une communication redondante, meilleurs seront les taux de satisfaction. S'il a été bien discuté lors de l'information préopératoire, l'effet secondaire susceptible de survenir en postopératoire sera en général bien accepté. Dans le cas contraire, celui-ci sera vécu comme une malfaçon, voire une complication.

### CONCLUSION

Les IPE sont considérés comme le gold standard du traitement de la DE à composante organique échappant aux traitements pharmacologiques et mécaniques. La chirurgie est simple, bien codifiée et minimalement invasive. Les IPE s'imposent de plus en plus comme une ligne de traitement à part entière, pouvant être proposée en même temps que les autres traitements de la DE.

Les taux de complications sont bas et ceux de satisfaction élevés. Ils intègrent des facteurs non seulement liés à la qualité du rapport sexuel, mais aussi relationnels et psychologiques.

L'information préopératoire est essentielle. Elle doit être complète et loyale et axée sur une communication redondante. Le recours à une consultation spécialisée de type médecine sexuelle et sexologique peut être recommandé dans certains cas pour entourer l'acte chirurgical. Dans tous les cas, une telle consultation doit être systématiquement proposée.

**Conflit d'intérêts:** Le Dr Antoine Faix a déclaré des contrats de collaboration scientifique avec les laboratoires pharmaceutiques Sobi, la compagnie Coloplast et la compagnie Boston Scientific. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Traitement de l'anémie ferriprive  
avec acide folique en prévention:

# Duofer® Fol

Seule préparation combinée enregistrée  
à contenir 69 mg de fer bivalent  
et 0,4 mg d'acide folique

- **Association de deux sels ferreux**  
fumarate de fer 175 mg et gluconate de fer 100 mg
- **300 mg vitamine C**  
ce qui favorise l'assimilation du fer
- **Sans lactose, gluten, gélatine, sucre,**  
ingrédients animaux, colorant artificiel

Admis aux caisses-maladies



Duofer® Fol, C: acide folique, fumarate de fer, gluconate de fer, vitamine C. I: prophylaxie et traitement d'une anémie ferriprive avec besoin accru en acide folique. P: 1 à 2 cps. pelliculés par jour. CI: surcharge en fer, troubles de l'utilisation du fer, hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament, anémies non ferriprives, intolérance, maladies hépatiques et rénales graves. EI: légers troubles gastro-intestinaux; rare: hypersensibilité, réactions allergiques. IA: antifoliques, antiépileptiques, contraceptifs, analgésiques administrés au long cours, tétracyclines, antiacides à base de sels d'aluminium ou de magnésium, zinc, cholestyramine, pénicillamine, sels d'or, biphosphonates. E: 40 et 100 comprimés pelliculés. Liste D. 10/2012. Vous trouverez de plus amples informations sur [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Andreabal SA, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tél. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, [www.andreabal.ch](http://www.andreabal.ch)

Andreabal SA, 4123 Allschwil  
[www.andreabal.ch](http://www.andreabal.ch)



## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les implants péniers d'érection (IPE) sont considérés comme le gold standard du traitement de la dysfonction érectile (DE) à composante organique échappant aux traitements pharmacologiques et mécaniques
- Les IPE sont très largement associés pour l'ensemble de la littérature à des taux de satisfaction élevés, à des taux de complications bas et à une fiabilité élevée
- Le terme «prothèse pénienne», longtemps attribué à ces dispositifs, a été un frein à l'indication de leur pose, tant il véhiculait dans l'imaginaire du patient mais aussi du médecin, l'idée d'un système supposé visible extérieurement, maintenu par un dispositif complexe d'attaches et coupant définitivement les ponts avec une sexualité normale
- La place de l'information préopératoire est fondamentale pour dépister les patients mauvais candidats, pour optimiser le taux de satisfaction et prévenir du risque de complications
- Il s'agit d'une chirurgie simple et peu invasive, qui doit être menée par un chirurgien familiarisé avec ce type de chirurgie et entouré d'une équipe médicale et paramédicale rompue à l'écosystème de la chirurgie des prothèses en général
- Les implants péniers d'érection s'imposent de plus en plus comme une ligne de traitement à part entière, pouvant être proposée en même temps que les autres traitements de la DE

1 Mulcahy JJ, Austoni E, Barada JH, et al. The penile implant for erectile dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:98-109.  
2 \*Vitarelli A, Divenuto L, Fortunato F, et al. Longterm patient satisfaction and quality of life with AMS700CX inflatable penileprosthesis. *Arch Ital Urol Androl* 2013;85:133-7.  
3 \*Rajpurkar A, Dhabuwala CB. Comparison of satisfaction rates and erectile function in patients treated with Sildenafil, intracavernous prostaglandin E1 and penileimplant surgery for erectile dysfunction in urology practice. *J Urol* 2003;170:159-63.  
4 \*Bettocchi C, Palumbo F, Spilotros M, et al. Penile prostheses. *Ther Adv Urol* 2010;2:35-40.  
5 Jain S, Bhojwani A, Terry TR. The role of penile prosthetic surgery in the modern management of erectile dysfunction. *Postgrad Med J* 2011;76:22-5.  
6 \*\*Trost L, Wanzek P, Bailey G. A practical overview of considerations for penile prosthesis placement. *Nat Rev Urol* 2016;13:33-46.  
7 Pisano F, Falcone M, Abbona A, et al. The importance of psychosexual counselling in the re-establishment of organic and erotic functions after penile prosthesis implantation. *Int J Impot Res* 2015;27:197-200.  
8 \*Gopal L, et al. Preoperative counseling and expectation management for inflatable penile prosthesis implantation.

*Transl Androl Urol* 2017;6:S869-80.  
9 \*\*Levine LA, et al. Penile prosthesis surgery: current recommendations international consultation on sexual medicine. *J Sex Med* 2016;13:489-518.  
10 \*Menard J, Tremieux JC, Faix A, Staerman F. Prothèses péniennes. Évaluation multicentrique des pratiques. *Prog Uro* 2007;17:229-34.  
11 \*Segal RL, Camper SB, Burnett AL. Modern utilization of penile prosthesis surgery: a national claim registry analysis. *Int J Impot Res* 2014;26:167-71.  
12 \*\*Oberlin DT, et al. National practice patterns of treatment of erectile dysfunction with penile prosthesis implantation. *J Urol* 2015;193:2040-4.  
13 \*Pisano F, et al. The importance of psychosexual counselling in the re-establishment of organic and erotic functions after PPI. *Int J Impot Res* 2015;27:197-200.  
14 \*Onyeji IC, Sui W, Pagano MJ, et al. Impact of surgeon case volume on reoperation rates after inflatable penile prosthesis surgery. *J Urol* 2017;197:223-9.  
15 Pineda M, Burnett AL. Penile prosthesis infections – a review of risk factors, prevention, and treatment. *Sex Med Rev* 2016;4:389-98.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Maladie de Lapeyronie: le point en 2020

Dr ANTOINE FAIX<sup>a,b</sup>, Prs DANIEL CHEVALLIER<sup>a,c</sup>, CARLO BETTOCCHI<sup>a,d</sup>, Dr RADOS DJINOVIC<sup>a,e</sup> et Pr DAVID RALPH<sup>a,f</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 531-8

La maladie de Lapeyronie (MDL) est une cause relativement méconnue de dysfonction sexuelle. La symptomatologie peut associer l'apparition d'une déformation en érection, des douleurs de la verge et une dysfonction érectile (DE). L'étiologie est le plus souvent floue, et les traitements médicaux limités, même si une amélioration est toujours possible. Le traitement chirurgical reste cependant la seule solution lorsque la maladie est stabilisée et en cas de handicap érectile et sexuel important.

## Peyronie's Disease: update in 2020

*Peyronie's disease (PD) is a relatively unknown cause of sexual dysfunction. Symptoms may include the appearance of an erectile deformity, pain in the penis and erectile dysfunction (ED). The etiology is most often unclear, and medical treatments are limited, although improvement is always possible. However, surgical treatment remains the only option when the disease has stabilized and in the event of significant erectile and sexual disability.*

## INTRODUCTION

La maladie de Lapeyronie (MDL) est une pathologie acquise de la tunique albuginée des corps caverneux caractérisée par la formation d'une ou plusieurs plaques de fibrose, pouvant entraîner des douleurs, une déformation de la verge en érection, et pouvant s'accompagner d'une dysfonction érectile (DE). Elle fut décrite en 1743 par François Gigot de Lapeyronie (1678-1747). Cette pathologie décrite comme une maladie bénigne peut impacter de façon importante la qualité de vie de l'homme et de la partenaire. Cette pathologie concerne l'homme le plus souvent dans la cinquième décennie.<sup>1,2</sup> Le stade précoce de la MDL est caractérisé par une réponse inflammatoire avec une prolifération fibroblastique formant une plaque rigide de tissu fibreux dans la tunique albuginée, pouvant parfois évoluer vers une calcification, voire une ossification.<sup>3</sup>

<sup>a</sup>MHISC (Men's Health International Surgical Center), 3, route du Muids, 1272 Genolier, <sup>b</sup>Centre de sexologie et andrologie de la Méditerranée, 265, avenue des États-du-Languedoc, 34000 Montpellier, France, <sup>c</sup>Service de chirurgie de la transplantation rénale, Département d'urologie et transplantation rénale, CHU Nice, Hôpital universitaire Pasteur-2, 06001 Nice, France, <sup>d</sup>Policlinico di Bari Azienda Ospedaliera Universitaria, Servizio di Urologia, Piazza Giulio Cesare, 11, 70124 Bari, Italie, <sup>e</sup>Sava Perovic Foundation, Center for Genito Urethral Reconstructive Surgery, Borisavljeviceva str. 58 11000 Belgrade, Serbie, <sup>f</sup>St Peter's Andrology Centre 145 Harley Street, Londres, W1G 6BJ Grande-Bretagne  
docteurfaix@gmail.com | faix@mhisc.ch | chevallier.d@chu-nice.fr  
chevallier@mhisc.ch | carlo.bettocchi@uniba.it | bettocchi@mhisc.ch  
djinovic@gmail.com | djinovic@mhisc.ch | dralph@andrology.co.uk  
ralph@mhisc.ch

## ÉPIDÉMIOLOGIE

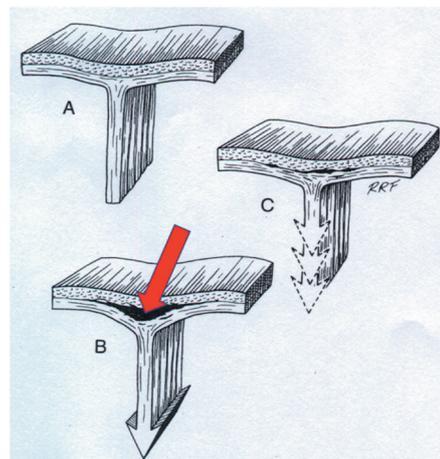
Des études récentes suggèrent une prévalence jusqu'à 9%, donc plus élevée qu'initialement décrite.<sup>4</sup> L'âge de survenue moyen se situe entre 55 et 60 ans. La douleur (parfois isolée) est présente dans plus de 50% des cas, la déformation chez plus de 80%, et la DE chez 20 à 50% des patients. Un traumatisme coïtal est retrouvé dans 5 à 13% des cas.<sup>5</sup> La maladie peut être associée à une maladie de Dupuytren (jusqu'à 39%) ainsi qu'à d'autres pathologies du tissu conjonctif.<sup>3</sup> Des études épidémiologiques montrent également l'association avec le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, le tabagisme et la chirurgie pelvienne, notamment après prostatectomie radicale dans 15,9% des cas.<sup>4</sup>

## PHYSIOPATHOLOGIE

L'hypothèse du microtraumatisme albuginéal déclenchant est privilégiée. Les microhémorragies répétées entre les tuniques longitudinale externe et circulaire interne seraient à l'origine d'un afflux de facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF) libéré par les plaquettes activées, et de facteur de croissance transformant bêta 1 (TGF- $\beta$ 1)<sup>6</sup> (figure 1). L'action du TGF- $\beta$ 1 aboutit à la synthèse de tissu conjonctif et à l'inhibition des collagénases. Cette molécule possède une capacité d'autorégulation amplifiant le phénomène.<sup>7</sup> Ces mécanismes sont à l'origine d'une dégradation des fibres élastiques dans 90% des cas et d'un dépôt anarchique de collagène de type 1,

**FIG 1** Contrainte mécanique

Contrainte entre les tuniques longitudinale externe et circulaire interne, surtout au niveau du septum intercaverneux.



aboutissant à la plaque rétractile inextensible pouvant être responsable d'une maladie veino-occlusive locale. Des prédispositions génétiques sont évoquées par l'association à la maladie de Dupuytren, mais aucune preuve concrète scientifique n'a été rapportée jusqu'à présent, tout comme une prédisposition aux sous-types *HLA B27* et *DR5*.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la MDL est clinique, posé sur un faisceau d'arguments. Les objectifs de l'évaluation sont de repérer les facteurs favorisants, préciser les symptômes, l'ancienneté des troubles, leur évolutivité ainsi que le retentissement psychologique sur le patient et le couple. Les facteurs de risque éventuels à rechercher sont un antécédent de fracture ou un traumatisme du pénis, un antécédent de prostatectomie et de chirurgie pelvienne, une maladie de Dupuytren ou de Ledderhose, un diabète, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une cardiopathie ischémique, un antécédent familial de MDL et un tabagisme actif.<sup>8</sup>

Il existe classiquement deux phases de la maladie: la *phase aiguë et inflammatoire* caractérisée par la présence d'une douleur pénienne à l'état flaccide et/ou lors de l'érection, l'apparition d'une déformation (courbure, rétrécissement, raccourcissement, étranglement),<sup>9</sup> mais est le plus souvent dorsale associée au raccourcissement quasi systématique; ces symptômes sont inconstants. Cette phase est de durée variable, classiquement sur 6 mois (**figures 2 et 3**), mais parfois inexistante ou non perçue. La *phase chronique* est caractérisée par la régression de la douleur et la stabilité de la déformation.<sup>10</sup> L'histoire naturelle est marquée sur 18 mois par 40% de stabilité, 48% d'aggravation et 12% de diminution de la déformation.<sup>11</sup> Cependant, une évolution plus lente ou marquée par plusieurs poussées est rare mais possible.

L'examen se fait sur un pénis en traction, avec une palpation minutieuse des corps caverneux de leur racine périnéale à l'extrémité distale glandulaire. On recherchera une ou plusieurs zones d'induration ou plaques fibreuses éventuellement douloureuses ou calcifiées<sup>10</sup> et à éliminer un diagnostic différentiel. Afin de faciliter et systématiser l'examen, une feuille d'examen standardisée peut être éventuellement utilisée. L'évaluation en érection, et donc de la déformation potentielle, est une étape importante pouvant être réalisée à partir de photographies lors d'une érection physiologique (**figure 4**) ou après induction pharmacologique ou utilisation d'une pompe à vide en cas de difficulté à obtenir une érection de bonne qualité.<sup>10</sup> Idéalement, plusieurs angles de vue sont recommandés en position debout (face, profil, vue du dessus) afin d'apprécier la déformation.

La recherche d'une DE, fréquemment associée à la MDL est également une étape-clé.<sup>12</sup> L'interrogatoire comporte donc une évaluation de la fonction érectile et on peut s'aider de questionnaires tels que l'Index international de la fonction érectile (IIEF) et l'échelle de rigidité de l'érection (EHS).<sup>13</sup> L'anamnèse précisera si cette DE est antérieure, concomitante ou secondaire, ou associée aux facteurs de risque classiques de la DE. Elle peut être parfois atypique, caractérisée par un manque de rigidité distale, asymétrique ou suspendue au

**FIG 2** Différents types de déformations possibles

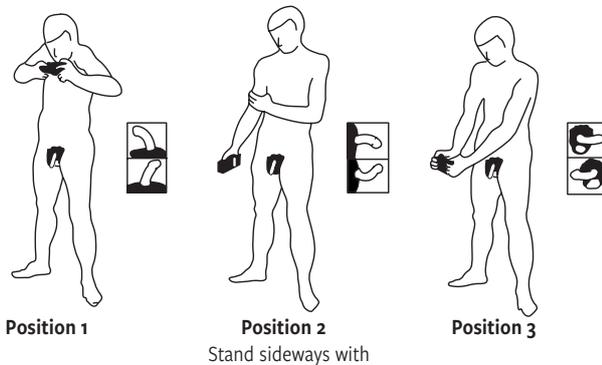


**FIG 3** Évolution potentielle sur 12 à 18 mois



**FIG 4** Photographies à faire par le patient

Photographies de face, de profil et par-dessus (en érection complète si possible).



**FIG 5** Plaque de Lapeyronie visible en IRM



niveau de la plaque, entraînant un effet «charnière» et également parfois un gland mou. Il existe également un questionnaire spécifique (questionnaire de la maladie de Lapeyronie (PDQ)) qui comporte 15 items mesurant l'impact et la sévérité des symptômes dans 3 domaines, à savoir les aspects psychologiques et physiques, la douleur et le score de gêne.<sup>14</sup> Ce questionnaire, reproductible, peut permettre de suivre l'évolution de la maladie dans le temps et après traitement, en particulier lors d'études cliniques.

L'évaluation psychologique est également importante, car il peut exister un impact négatif sur la qualité de vie et la santé mentale du patient et de sa partenaire.<sup>15</sup> Six principaux domaines impactés par la maladie ont été identifiés<sup>16</sup>: l'apparence physique, l'image sexuelle de soi, la confiance sexuelle et d'attrance, la fonction sexuelle et la performance, l'anxiété de performance et la peur de la stigmatisation. Les partenaires ont également tendance à décrire une fonction sexuelle affectée et une baisse de la satisfaction pouvant également contribuer à la DE.<sup>17</sup>

## BILAN PARACLINIQUE

Le diagnostic de MDL est uniquement clinique. Aucun examen complémentaire n'est donc obligatoire, sauf en cas de doute pour éliminer un très rare diagnostic différentiel avec une imagerie par résonance magnétique (IRM), ou alors pour avoir une cartographie précise et apprécier le caractère actif par injection de gadolinium avec des séquences dédiées<sup>18</sup> (figure 5). Le pharmaco-doppler pénien peut être utile, notamment en cas de DE associée ou avant intervention chirurgicale, et l'échographie simple pour apprécier la calcification éventuelle des plaques.<sup>19</sup> Un bilan biologique sera demandé en cas de DE avec facteurs de comorbidité et/ou baisse du désir.

## TRAITEMENTS CONSERVATEURS (tableau 1)

### Traitements par voie orale

L'analyse des données scientifiques disponibles conclut à une faible efficacité de ces médicaments, aussi bien pour la

réduction des douleurs en phase aiguë que pour la diminution de la courbure de la verge en érection. Aucun traitement médical oral a fait la preuve indéniable de son action dans la prise en charge de la MDL.<sup>20</sup> Les différents traitements testés depuis plus de cinquante ans sont le potassium paraaminobenzoate (Potaba) mais avec une hépatotoxicité parfois sévère, la vitamine E très largement prescrite mais sans preuve réelle d'efficacité et avec un risque cardiotoxique potentiel tardif à forte dose, le tamoxifène, la L-carnitine, la pentoxifylline, un inhibiteur non sélectif de la phosphodiesterase avec une action antifibrotique potentielle, et la colchicine, qui semble éventuellement intéressante en association avec la vitamine E. En cas de DE associée, les inhibiteurs de la phosphodiesterase (sildénafil, tadalafil, vardenafil, avanafil) peuvent être prescrits, même si l'efficacité se fait sur la rigidité et non sur la déformation, éventuellement en association avec les différents traitements cités plus haut. Les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires non spécifiques peuvent également être prescrits en phase inflammatoire.

### Traitements par injections locales

Différents traitements injectables au sein de la plaque de fibrose ont été essayés. La collagénase de *Clostridium histolyticum* (Xiapex) est le seul traitement doté d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la MDL, mais il a été retiré du marché européen depuis fin décembre 2019 et est désormais uniquement disponible aux États-Unis. Il est composé de deux collagénases produites par *Clostridium histolyticum* qui hydrolysent de manière complémentaire le collagène présent au niveau de la plaque de Lapeyronie, aboutissant à une digestion de ce collagène après injection. Cette destruction enzymatique de la plaque permet potentiellement de réduire la courbure anormale du pénis. Le traitement est indiqué chez les patients avec une plaque palpable, un angle de courbure compris entre 30 et 90 degrés et une fonction érectile normale; il est en revanche contre-indiqué en cas de courbure ventrale ou de traitement anticoagulant. L'injection de Xiapex expose à un risque rare (principalement de rupture des corps caverneux (0,5 à 0,9%) et d'ecchymose ou d'hématome pénien). Il a été mis en évidence une différence significative ( $p < 0,0001$ ) de réduction de courbure moyenne, à savoir

**TABLEAU 1 Principaux traitements avec mécanisme d'action et recommandations internationales**

↓ : diminution; ↑ : augmentation; → : donc; PDE: phosphodiesterase; Potaba: potassium para-aminobenzoate; TGF-β1: Transforming Growth Factor β1 - facteur de croissance transformant-bêta 1; ROS: Reactive Oxygen Species - espèces réactives de l'oxygène; NO: Nitric Oxide - oxyde nitrique.

	Mécanismes d'action supposé	Recommandé	Niveau de preuve
<b>Traitements oraux</b>			
Vitamine E	Antioxydant (↓ ROS)	Non	2b
L-carnitine	↓ Ca <sup>2+</sup> dans les cellules endothéliales	Non	2b
Tamoxifène	Modulation de la sécrétion du TGF-β1 par les fibroblastes	Non	2b
Pentoxifylline	Inhibiteur non spécifique des PDE → ↑ NO, ↓ de l'expression du TGF-β1	Non	3
Colchicine	Antimicrotubule (anti-inflammatoire)	Non	3
Potaba	↑ absorption d'O <sub>2</sub> dans les tissus	Non	3
<b>Traitements intralésionnels</b>			
IFNα2b	↓ prolifération des fibroblastes et donc ↓ synthèse du collagène	Oui	1b
Vérapamil	Antagoniste des canaux Ca <sup>2+</sup> ; ↓ de la synthèse de collagène et/ou ↑ de l'activité de la collagénase	Oui	1b
Collagénase de <i>Clostridium histolyticum</i>	Clostridial collagenase	Oui	1
<b>Traitements non pharmacologiques, non chirurgicaux</b>			
Ondes de choc à basse intensité	Domages directs à la plaque et/ou ↑ de la vascularisation → lyse de la plaque	Oui	1b
Traction pénienne	Redressement mécanique et/ou allongement	Oui/non	2b
Pompe à vide	Redressement mécanique et/ou allongement	Oui/non	2b
Radiothérapie	Inconnu	Non	1

17 degrés (± 14,8 degrés) versus 9,3 degrés (± 13,6 degrés) dans le groupe placebo avec un maximum de 4 cycles de traitement. Chacun d'eux consiste en deux injections (espacées de 48 à 72 heures) et une procédure de modelage du pénis en traction et en cas d'érections matinales.<sup>21</sup> Un protocole modifié d'efficacité similaire a été proposé; il consiste en 3 injections espacées d'un mois sur 3 sites très proches du point maximal d'incurvation et l'utilisation quotidienne d'une

pompe à vide pour optimiser le modelage, avec interdiction de rapports sexuels jusqu'à un mois après la dernière injection (figure 6).<sup>22</sup>

Le vérapamil permettrait de modifier la prolifération des fibroblastes et du collagène.<sup>23</sup> Des injections d'un produit dilué à un rythme rapproché et un traitement prolongé d'au moins 6 mois semblent donner de meilleurs résultats.<sup>14</sup> Il n'existe pour le moment aucun protocole standardisé d'utilisation hors AMM du vérapamil dans le cadre de la MDL.<sup>24</sup>

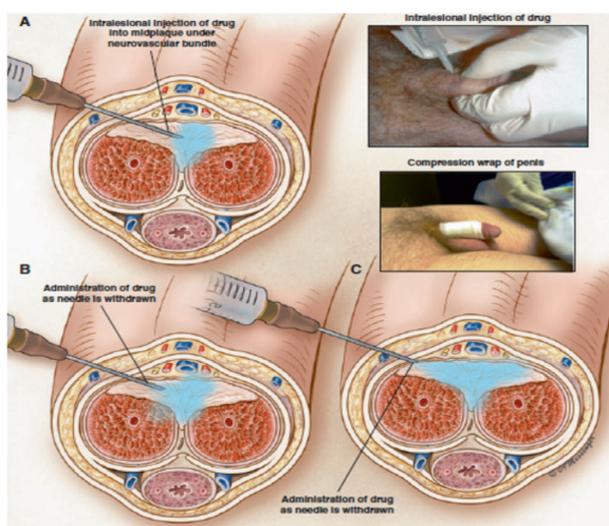
L'interféron 2b, disponible aux États-Unis, aurait une action bénéfique in vitro avec une diminution de la production des fibroblastes et du collagène.<sup>25</sup>

Les corticoïdes injectés au sein de la plaque n'ont pas montré de bénéfice sur la déformation par rapport à un placebo. Des effets secondaires ont de plus été mis en évidence tels qu'une atrophie et un amincissement cutanés. Cette utilisation n'est donc pas conseillée selon les recommandations, mais des études semblent montrer un intérêt pour diminuer plus rapidement la douleur liée à la plaque.<sup>26</sup>

### Traitements locaux non pharmacologiques

Les ondes de choc auraient un effet potentiel, d'une part antalgique, avec une action sur les récepteurs de la douleur, et d'autre part en diminuant la déformation par destruction mécanique des plaques. Les recommandations de l'EAU (European Association of Urology)<sup>27</sup> retiennent cette option seulement pour l'effet antalgique et stabilisant, et non pas

**FIG 6 Injection pharmacologique intraplaque**



pour la diminution de la déformation. Le protocole optimal, dont le nombre de séances, le type de générateur et l'intensité, n'est pas encore défini; cette option thérapeutique est donc pour l'instant considérée comme expérimentale.<sup>28</sup> D'autres études sont nécessaires afin de mieux définir les modalités d'utilisation et les résultats escomptés.

La traction du pénis (2 à 8 heures par jour) et l'utilisation d'une pompe à vide peuvent diminuer la déformation (entre 10 et 40 degrés selon les études), augmenter la longueur du pénis<sup>29</sup> et donc améliorer les possibilités de rapports sexuels avec pénétration.<sup>30</sup> Ces méthodes peuvent avoir un intérêt en complément des traitements médicamenteux locaux ou généraux, ou avant une prise en charge chirurgicale;<sup>31</sup> elles permettraient également de stabiliser la maladie.

L'iontophorèse utilisant un courant électrique à bas ampérage pour faire passer de la dexaméthasone et/ou du vérapamil à travers la peau du fourreau de la verge en regard de la plaque de fibrose a également été testée, mais sans résultat significatif.<sup>32</sup> Par le passé, la radiothérapie a également été utilisée, avec des protocoles d'irradiation variables selon les études, mais compte tenu des risques connus d'exposition aux rayonnements et du manque de preuves concernant d'éventuels avantages, elle n'est pas recommandée pour traiter la MDL.<sup>33</sup>

D'autres options sont actuellement disponibles, comme les injections de plasma riche en plaquettes (PRP) et de cellules souches, qui s'inscrivent dans une logique de régénération tissulaire au niveau des plaques de fibrose. Il n'y a pas encore de données scientifiques validant ces traitements, et il s'agit d'options expérimentales à l'heure actuelle.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

Pour proposer un traitement chirurgical, la MDL doit être stabilisée (symptômes ayant commencé il y a plus d'un an, avec une stabilité de la déformation et une absence de douleur depuis plus de 3 à 6 mois), être responsable d'une déformation significative rendant la pénétration difficile (en général courbure du pénis > 30 degrés). La chirurgie peut aussi être proposée en cas de DE pharmaco-résistante après échec d'un traitement.<sup>27</sup>

Une information claire et objective sur l'efficacité et les complications de l'intervention doit être délivrée au patient. Ses attentes doivent être énoncées et des objectifs réalistes définis. L'objectif principal de la chirurgie est d'améliorer les difficultés de pénétration secondaires à la courbure, en conservant une érection rigide et une taille de pénis suffisante. L'information délivrée insiste sur l'impossibilité de retrouver l'état antérieur au début de la MDL, avec une perte de longueur et/ou de largeur quasi systématique. Les risques sont la persistance de la courbure et/ou sa récurrence, l'apparition ou l'aggravation d'une DE préexistante, les troubles de la sensibilité du gland, les troubles ou les douleurs éjaculatoires ou orgasmiques, les hématomes, les infections, le phimosis, la rétention urinaire, les plaies de l'urètre ainsi que des risques spécifiques lors de l'utilisation de matériel prothétique (sepsis, rejet, nécessité d'ablation).

Trois stratégies chirurgicales, éventuellement associées, peuvent être proposées: les corporoplasties ou plicatures, qui traitent la convexité du pénis à l'opposé de la plaque de fibrose, les incisions avec ou sans excision partielle ou totale, avec le plus souvent l'utilisation d'un greffon, qui traitent la concavité du pénis, donc directement sur la plaque de fibrose, et les implants pénien en cas de DE pharmaco-résistante. Ces trois options peuvent éventuellement être associées selon les trois critères décisionnels que sont la présence éventuelle d'une DE pharma-corésistante, la longueur résiduelle et le type de déformation (figure 7). L'anesthésie est générale ou locorégionale et l'hospitalisation de 24 à 72 heures; la période de cicatrisation coronale et des corps caverneux nécessite en général 6 semaines avant la reprise progressive des rapports sexuels.

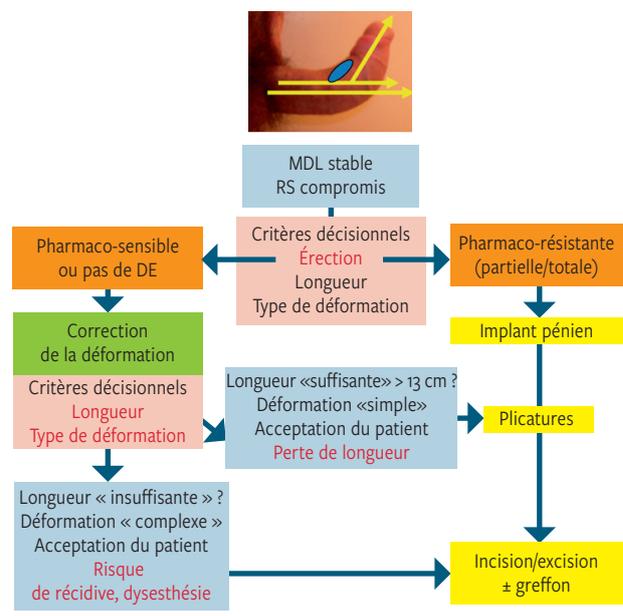
Dans les deux premières options, l'intervention nécessite une érection artificielle avec injection de sérum physiologique pour repérer la zone à opérer (figure 8), une incision coronale derrière le gland éventuellement associée à une posthécotomie pour faciliter la cicatrisation.

## Corporoplasties ou plicatures (figure 9)

Cette option est choisie en cas de fonction érectile conservée, préférentiellement en cas de longueur suffisante en élasticité maximale pour le patient et sans déformation complexe. Le principe est de raccourcir le côté convexe, donc opposé à la plaque de fibrose, si besoin après dissection minutieuse de l'urètre et des bandelettes vasculonerveuses. Il existe plusieurs types de plicatures, avec la technique de Nesbit, Yachia, 16-Dots et Essed-Schroeder; le choix dépend de la situation et du chirurgien.<sup>34</sup> Le point commun est le raccourcissement obligatoire, qui dépend de l'importance de la courbure à corriger et des paramètres de cicatrisation. Les complications sont en général rares, estimées inférieures à 10%.

**FIG 7** Stratégie chirurgicale dans la MDL

RS: rapport sexuel; MDL: maladie de Lapeyronie.

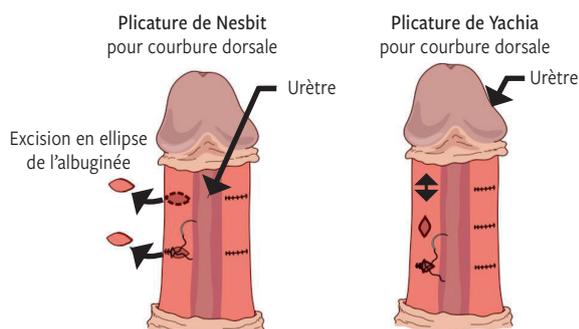


**FIG 8** Test d'érection artificielle au sérum physiologique

Ce test s'effectue en début d'intervention pour appréciation de la déformation.



**FIG 9** Plicatures ou corpoplasties

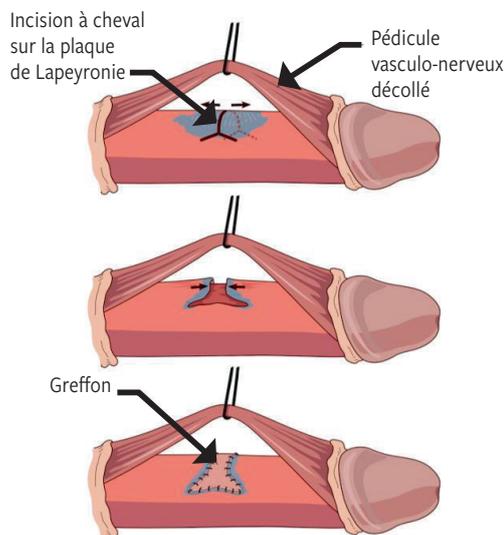


(Source: Médecine sexuelle, éditions Lavoisier, 2016.)

### Incision/excision-greffon

Cette option s'utilise lorsque la fonction érectile est conservée, préférentiellement en cas de longueur en élasticité maximale insuffisante pour le patient avec ou sans déformation complexe. Le principe consiste à inciser en H ou en Y (figures 10 à 13) la plaque fibreuse transversalement en regard du point de courbure maximal sur toute sa circonférence et à transformer l'incision linéaire en un défaut rectangulaire ou trapézoïdal.<sup>35</sup> L'excision sera effectuée en cas de nécessité, notamment en présence de calcifications. Le défaut sera comblé par un greffon soit autologue (veine saphène, tunique vaginale), soit hétérologue (sous-muqueuse intestinale de porc, éponge de fibrinogène de cheval...), de taille supérieure (10 à 30%) au défaut. La réhabilitation postopératoire nécessite un étirement de la verge (par traction ou *vacuum*) et la récupération d'érection rapide éventuellement à l'aide d'inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 afin d'éviter toute rétraction du greffon et conserver la longueur du pénis. Le raccourcissement est moindre qu'en cas de plicature, cependant les risques de complications sont les mêmes mais supérieurs en fréquence, estimés à plus de 25%.

**FIG 10** Incision avec greffon

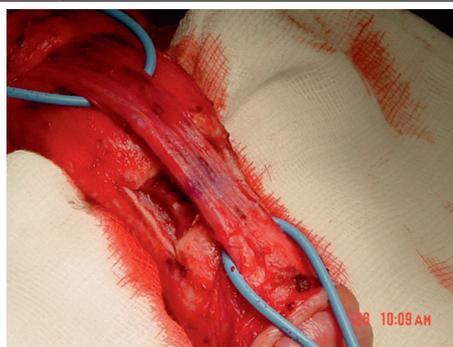


(Source: Médecine sexuelle, éditions Lavoisier, 2016.)

**FIG 11** Incision en H au point d'inflexion maximal



**FIG 12** Aspect après incision avec défaut albuginéal



### Implant pénien

La mise en place d'un implant pénien (figure 14) est réservée aux patients avec une DE réfractaire aux mesures conservatrices ou avec une courbure complexe. La mise en place d'un implant pénien pourra ainsi s'associer à des procédures peropératoires selon la courbure résiduelle.<sup>36</sup> Les implants

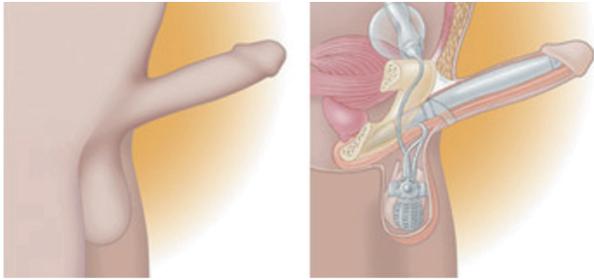
FIG 13

Aspect après mise en place d'un greffon avec test d'érection artificielle



FIG 14

Implant pénien gonflable trois pièces



hydrauliques trois pièces sont classiquement utilisés. L'implant pénien permet d'obtenir d'excellents résultats et un haut niveau de satisfaction chez les patients avec une courbure moyenne. En cas de persistance d'une courbure supérieure à 20-30 degrés en peropératoire, la technique de modelage consistant en la fragmentation manuelle peropératoire de la plaque sur l'implant gonflé est le plus souvent suffisante,<sup>37</sup> mais une plicature ou une incision avec mise en place d'un greffon peut également être associée si besoin, en ayant pris

soin avant l'intervention de préciser au patient la possibilité d'un geste additionnel. Le risque spécifique est le sepsis compte tenu du matériel implanté; il est de l'ordre de 3%.

## CONCLUSION

La MDL est une pathologie urologique sous-estimée qui nécessite une prise en charge adaptée à chaque patient comprenant une évaluation initiale de la déformation, du retentissement psychologique et sur le couple, ainsi que de la fonction érectile. L'arsenal thérapeutique à la fois médical et chirurgical permet de prendre en charge chaque patient de manière personnalisée en fonction des données de l'évaluation initiale et de la plainte exprimée.

Conflit d'intérêts: Le Dr Antoine Faix a déclaré des contrats de collaboration scientifique avec les laboratoires pharmaceutiques Sobi, la compagnie Coloplast et la compagnie Boston Scientific. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La maladie de Lapeyronie est une situation fréquente et souvent invalidante qui touche le plus souvent l'homme dans la cinquième décennie
- L'évolution dure en général 12 à 18 mois, avec aggravation potentielle de la déformation, mais le plus souvent avec régression de la douleur lorsqu'elle existe
- Le traitement est difficile, pouvant associer un traitement par os et un traitement local
- Le traitement chirurgical est réservé aux formes stabilisées et invalidantes sur le plan érectile et sexuel
- L'implant pénien est indiqué en cas de dysfonction érectile réfractaire au traitement pharmacologique

1 Gholami SS, et al. Peyronie's disease: a review. *J Urol* 2003;169:1234-41.

2 \*\* Ferretti L, Faix A, Droupy S. Lapeyronie's disease. *Progres Urol* 2013;23:674-84.

3 Bella AJ, et al. Peyronie's disease (CME). *J Sex Med* 2007;4:1527-38.

4 Mulhall JP, et al. Subjective and objective analysis of the prevalence of Peyronie's disease in a population of men presenting for prostate cancer screening. *J Urol* 2004;171:2350-3.

5 \* Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7:3572-88.

6 El-Sakka AI, et al. Peyronie's disease is associated with an increase in transforming growth factor-beta protein expression. *J Urol* 1997;158:1391-4.

7 Haag SM, et al. Alterations in the transforming growth factor (TGF)-beta pathway as a potential factor in the pathogenesis of Peyronie's disease. *Eur Urol* 2007;51:255-61.

8 \* Tal R, et al. Peyronie's disease following radical prostatectomy: incidence and predictors. *J Sex Med* 2010;7:1254-61.

9 Kadioglu A, et al. A retrospective review of 307 men with Peyronie's disease. *J Urol* 2002;168:1075-9.

10 \*\* Ralph D, et al. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines. *J Sex Med* 2010;7:2359-74.

11 \* Mulhall JP, Schiff J, Guhring P. *J Urol* 2006;175:2115-8; discussion 2118.

12 Tapscott AH, Hakim LS. Office-based management of impotence and Peyronie's disease. *Urol Clin North Am* 2013;40:521-43.

13 Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for the assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30.

14 Hellstrom WJ, Feldman R, Rosen RC, et al. Bother and distress associated with Peyronie's disease: Validation of the Peyronie's disease questionnaire. *J Urol* 2013;190:627-34.

15 Terrier JE, Nelson CJ. Psychological aspects of Peyronie's disease. *Transl Androl Urol* 2016;5:290-5.

16 Rosen R, Catania J, Lue T, et al. Impact of Peyronie's disease on sexual and psychosocial functioning: qualitative

endings in patients and controls. *J Sex Med* 2008;5:1977-84.

17 Davis S, Ferrar S, Sadikaj G, Binik Y, Carrier S. Shame, catastrophizing, and negative partner responses are associated with lower sexual and relationship satisfaction and more negative affect in men with Peyronie's disease. *J Sex Marital Ther* 2017;43:264-76.

18 Hauck EW, Hackstein N, Vossenrich R, et al. Diagnostic value of magnetic resonance imaging in Peyronie's disease—a comparison both with palpation and ultrasound in the evaluation of plaque formation. *Eur Urol* 2003;43:293-9; discussion 299-300.

19 Chung E, Yan H, De Young L, et al. Penile Doppler sonographic and clinical characteristics in Peyronie's disease and/or erectile dysfunction: an analysis of 1500 men with male sexual dysfunction. *BJU Int* 2012;110:1201-5.

20 Hashimoto K, et al. Outcome analysis for conservative management of Peyronie's disease. *Int J Urol* 2006;13:244-7.

21 \* Gelbard M, et al. Clinical efficacy, safety and tolerability of collagenase

clostridium histolyticum for the treatment of peyronie disease in 2 large double-blind, randomized, placebo controlled phase 3 studies. *J Urol* 2013;190:199-207.

22 \*\* Abdel Raheem A, Johnson M, Abdel-Raheem T, Capece M, Ralph D. Collagenase Clostridium histolyticum in the treatment of Peyronie's disease—A review of the literature and a new modified protocol. *Sex Med Rev* 2017;5:529-35.

23 Chung E, Garcia F, Young LD, Solomon M, Brock GB. A comparative study of the efficacy of intralesional verapamil versus normal saline injection in a novel Peyronie's disease animal model: assessment of immunohistopathological changes and erectile function outcome *J Urol* 2013;189:380-4.

24 Shirazi M, Haghpanah AR, Badiee M, Afrasiabi MA, Haghpanah S. Effect of intralesional verapamil for treatment of Peyronie's disease: a randomized single-blind, placebo-controlled study. *Int Urol Nephrol* 2009;41:467-71.

25 Duncan MR, Berman B, Nseyo UO. Regulation of the proliferation and

- biosynthetic activities of cultured human Peyronie's disease fibroblasts by interferons-alpha, -beta and -gamma. *Scand J Urol Nephrol* 1991;25:89-94.
- 26 Cipollone G, Nicolai M, Mastroprimiano G, et al. Betamethasone versus placebo in Peyronie's disease. *Arch Ital Urol Androl* 1998;70:165-8.
- 27 \*\* Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, et al. European Association of Urology. *Eur Urol* 2012;62:543-52.
- 28 Palmieri A, et al. A first prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial evaluating extracorporeal shock wave therapy for the treatment of Peyronie's disease. *Eur Urol* 2009;56:363-9.
- 29 Raheem AA, et al. The role of vacuum pump therapy to mechanically straighten the penis in Peyronie's disease. *BJU Int* 2010;106:1178-80.
- 30 Martinez-Salamanca JI, et al. Acute phase Peyronie's disease management with traction device: a nonrandomized prospective controlled trial with ultrasound correlation. *J Sex Med* 2014;11:506-15.
- 31 Abern MR, Larsen S, Levine A. Combination of penile traction, intraleisional verapamil, and oral therapies for Peyronie's disease. *J Sex Med* 2012;9:288-95.
- 32 Greenfield JM, Shah SJ, Levine LA. Verapamil versus saline in electromotive drug administration for Peyronie's disease: a double-blind, placebo controlled trial. *J Urol* 2007;177:972-5.
- 33 Niewald M, et al. Results of radiotherapy for Peyronie's disease. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64:258-62.
- 34 \* Ralph DJ, al-Akraa M, Pryor JP. The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year experience. *J Urol* 1995;154:1362-3.
- 35 Egydio PH, Lucon AM, Arap S. Treatment of peyronie's disease by incomplete circumferential incision of the tunica albuginea and plaque with bovine pericardium graft. *Urology* 2002;59:570-4.
- 36 Garaffa G, Minervini A, Christopher NA, Minhas S, Ralph DJ. The management of residual curvature after penile prosthesis implantation in men with Peyronie's disease. *BJU Int* 2011;108:1152-6.
- 37 Wilson K, Delk JR. A new treatment for Peyronie's disease: modeling the penis over an inflatable penile prosthesis. *J Urol* 1994;152:1121-3.

\* à lire  
 \*\* à lire absolutement

# Intégration de la médecine sexuelle dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant du VIH

Dr MYLÈNE BOLMONT<sup>a, b</sup>, Prs FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI<sup>a, b, c, d</sup> et ALEXANDRA CALMY<sup>c, e</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 539-42

**L'affection VIH affecte la fonction et la santé sexuelles, la relation de couple, aussi bien que la santé mentale et la qualité de vie. Pour assurer une prise en charge et une qualité de soins optimales, en raison de l'importance de la santé sexuelle pour chaque individu, nous avons évalué la demande concernant la sexualité et la santé sexuelle chez les patients souffrant d'une affection VIH et les besoins de connaissances professionnelles dans ce domaine du personnel soignant. Les résultats ont montré que la sexualité occupait une place importante chez les patients et les soignants. De plus, les soignants souhaitent créer un meilleur réseau professionnel, dans le but de rediriger les patients vers des spécialistes en fonction de leurs besoins spécifiques. Enfin, les soignants ont exprimé une volonté de mieux se former en sexologie et en santé sexuelle.**

## Integration of sexual medicine into the care of HIV patients

*HIV affection affects sexual function, sexual health and relationships as well as mental health and quality of life. Due to the importance of sexual health for each individual and in order to ensure optimal and quality care, we have assessed the demand for sexual health and advise not only among HIV patients but also among professionals in this area and nursing staff. The results showed that sexuality was important both for patients and caregivers. Also, we did find out that carers want to create a better professional network with the aim of redirecting patients to specialists according to their specific needs. Carers have also expressed a desire to have relevant training in sexology and sexual health to achieve this.*

## INTRODUCTION

Essentielle à la survie de l'espèce, la sexualité dépasse le but de fécondité et donne un sens à la vie humaine en tant que moyen d'expression, de rencontre, de relation et de lien.<sup>1</sup> Le champ de la sexualité comprend, en fait, un domaine beaucoup plus large qu'uniquement les relations sexuelles et la reproduction. Il concerne le désir, l'identité et l'orientation sexuelle, mais aussi les sentiments, l'attachement, le besoin

de rapprochement, d'intimité, d'attention et de plaisir, qui caractérisent tout être humain.<sup>2-4</sup> En 2002, l'OMS définit le concept fondamental de «santé sexuelle» comme «l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour».<sup>5</sup> Cela signifie que la santé sexuelle est un état de bien-être physique, psychique et social lié à la sexualité et qu'elle ne doit surtout pas être réduite à l'absence de maladies ou de dysfonctionnements. Le fait d'associer la sexualité à la santé a permis d'identifier la santé sexuelle comme une valeur fondamentale de l'individu à maintenir et à protéger. Si l'activité sexuelle est associée avec la santé, l'âge et les maladies peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé sexuelle.<sup>6,7</sup>

Parce que l'infection par le VIH bouleverse l'intimité de la personne, de par la nature de sa transmission, souvent par voie sexuelle,<sup>8</sup> et la stigmatisation liée à cette infection, cette dernière va affecter la fonction sexuelle (baisse du désir sexuel, trouble de la fonction érectile, dyspareunie, aversion sexuelle), la santé sexuelle, la relation de couple, ainsi que la santé mentale et la qualité de vie de la personne.<sup>8-13</sup> Face à l'infection à VIH, aux regards des gens qui sont parfois peu empathiques et aux effets secondaires des traitements anti-rétroviraux, l'organisation de la personne, mais aussi du couple, et les rôles des partenaires se modifient. La peur de transmettre le virus est souvent mentionnée comme élément essentiel modifiant profondément les pratiques sexuelles chez certains patients, ainsi que les représentations de leur sexualité.<sup>11,14,15</sup> Pour de nombreuses personnes, la sexualité est un sujet personnel et tabou dont il est difficile de parler ouvertement, que ce soit avec un partenaire sexuel ou un professionnel de la santé. Pourtant, nous sommes convaincus que de parler ouvertement et franchement de sexualité peut offrir les meilleures chances de faire face à tout changement sexuel engendré par le VIH et les conséquences du traitement, telles que la lipodystrophie.

Les connaissances des soignants relatives à la demande des patients souffrant d'une infection par le VIH à propos de leur sexualité et de leur santé sexuelle sont très limitées. Alors que les malades, les partenaires, les associations sont en demande de restaurer un état de santé sexuelle, ce sujet n'est pas assez abordé, voire ignoré dans la relation soignant-malade en raison de tabous, de mythes, de fausses idées ou de résistances. Pour assurer une prise en charge et une qualité de soins optimales, en raison de l'importance de la santé sexuelle pour chaque

<sup>a</sup> Faculté de psychologie, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>b</sup> Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>c</sup> Unité de médecine sexuelle et sexologie, HUG, 1211 Genève 14, <sup>d</sup> Consultation de médecine sexuelle, Service de gynécologie, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>e</sup> Département des spécialités de médecine, HUG, 1211 Genève 14  
mylene.bolmont@unige.ch

individu, il est essentiel d'évaluer la demande relative à la sexualité et la santé sexuelle chez les patients souffrant d'une infection par le VIH et les besoins du personnel soignant.

Nous avons ainsi émis l'hypothèse qu'il existe chez les patients une importante demande à propos de la sexualité, mais aussi des difficultés significatives de communication concernant ce sujet, ainsi qu'une insuffisance d'information dans le domaine de leur sexualité et de leur santé sexuelle. De plus, nous avons également émis l'hypothèse qu'il existe chez les soignants une importante demande concernant la question de la sexualité, mais aussi des difficultés significatives de communication concernant ce sujet, ainsi qu'une insuffisance de formation dans le domaine, et enfin, un désir de formation spécifique en médecine sexuelle et santé sexuelle aux seins des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Afin de répondre à ces deux principales hypothèses, nous avons mis en place différents objectifs répartis en deux phases:

- La phase 1 concerne l'évaluation de la demande, des attentes, de la communication et de la satisfaction de la prise en charge des soignants (infirmiers, médecins) aux HUG, ainsi que de leur niveau de formation et la formation spécifique souhaitée.
- La phase 2 concerne l'évaluation de la demande, des attentes, de la communication et de la satisfaction de la prise en charge concernant la santé sexuelle des patients souffrant d'une infection par le VIH aux HUG.

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

La phase 1 de l'enquête a porté sur 25 soignants (19 femmes et 6 hommes), dont 11 médecins et 11 infirmiers-ères, 2 éducatrices sociales et 1 assistante sociale. Tous travaillaient avec des personnes souffrant d'une infection par le VIH, aux HUG ou dans le réseau de la ligue contre le Sida Genève.

La phase 2 de l'enquête a interrogé 68 patients (34 femmes et 34 hommes). Tous étaient suivis au sein de la consultation VIH pour une infection par le VIH, HUG.

### Questionnaires

Nous avons créé un questionnaire pour les soignants (phase 1) et un autre pour les patients (phase 2):

- Le *questionnaire pour les soignants* comportait 24 questions destinées à collecter des informations démographiques ainsi que sur leurs attentes, leurs modalités de communication et leur satisfaction de la prise en charge concernant la santé sexuelle des patients suivis en consultation VIH. Il comportait aussi des questions relatives à leur propre niveau de formation dans ce domaine et à la formation spécifique souhaitée pour la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Ce questionnaire a été administré en ligne via le logiciel LimeSurvey après lecture et acceptation du formulaire de consentement en ligne.
- Le *questionnaire pour les patients* comportait 21 questions destinées à collecter des informations démographiques ainsi que sur leurs demandes, leurs attentes, leurs modalités de communication et leur satisfaction de la prise en charge

concernant leur santé sexuelle durant leur consultation au sein des HUG. Ce questionnaire a été administré lors d'un entretien semi-structuré par la collaboratrice scientifique en charge du projet après lecture et acceptation du formulaire de consentement.

### Analyses des données

Les réponses ont été analysées via le logiciel SPSS 22. Nous avons effectué des statistiques quantitatives, soit des analyses descriptives nous permettant de dégager des tendances, soit des analyses de type ANOVA comparant les scores de la fonction sexuelle des patients aux normes. Par ailleurs, nous avons effectué des analyses qualitatives sémantiques lors des entretiens semi-structurés avec les patients.

## RÉSULTATS

### Phase 1: soignants

Lorsque la sexualité est abordée, les soignant rapportent que plusieurs sujets ressortent, dont les dysfonctions sexuelles, le niveau de satisfaction sexuelle globale, l'annonce de la maladie aux nouveaux partenaires sexuels, l'excision, la sexualité et la violence.

Concernant l'abord du sujet de la sexualité avec les patients par les soignants, il apparaît que 12% d'entre eux ont répondu ne jamais discuter de ce sujet, 35% parfois, 35% souvent, tandis que 19% ont répondu qu'ils en parlaient très souvent. Parmi les soignants qui abordent la sexualité avec leurs patients, 73% ont répondu ne jamais ressentir de gêne à aborder cette question et seulement 19% en ressentent parfois. Aucun des soignants ne rapporte ressentir souvent ou toujours de la gêne.

Cependant, lorsque les patients sollicitent les soignants à propos de questions sur la sexualité, 23% de ces derniers ne se sentent pas satisfaits de leurs réponses, 58% le sont assez, tandis que seulement 12% sont très satisfaits. Enfin, 8% des soignants ont répondu ne pas avoir été sollicités pour des questions qui touchaient à la sexualité. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que 38% d'entre eux ont spécifié que leurs niveaux de formation et d'expérience dans le domaine de la sexualité ne leur permettaient pas de répondre de manière confortable à leurs patients lorsque ces derniers abordaient la question. 46% ont mentionné qu'ils répondaient de manière assez inconfortable, tandis que seulement 12% étaient très à l'aise face aux questions de leurs patients. 4% ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Tous les soignants, sans exception, ont estimé qu'il était très important de se préoccuper de la sexualité en consultation VIH. De plus, 58% d'entre eux seraient intéressés par une formation plus poussée et adaptée à leur contexte de soin habituel, 46% souhaiteraient assister à des consultations spécialisées, 62% à une information générale lors d'un colloque. Tous les soignants ont manifesté un intérêt à au moins une des propositions mentionnées.

Enfin, concernant les implications envisageables de la part des soignants dans le domaine de la sexualité, 77% d'entre eux

ont répondu qu'ils désireraient s'impliquer en écoutant les patients et en les orientant vers des spécialistes, selon leurs besoins. 62% ont dit qu'ils seraient d'accord de se former dans le domaine, et ce pour développer un moment de rencontre sur le sujet de la sexualité avec leurs patients. 38% ont envisagé la possibilité d'accompagner leurs patients lors d'une consultation avec un spécialiste de la sexualité et 15% ont répondu qu'ils pourraient s'impliquer en les écoutant simplement. Enfin, aucun des soignants rapporte ne pas vouloir s'impliquer du tout.

### Conclusion de la phase 1

Ces résultats ont permis de mettre en lumière:

- Que les soignants parlent de sexualité avec les personnes séropositives pour le VIH, mais l'abord de la sexualité reste modeste, particulièrement centré sur des questions d'ordre biomédical (dysfonction érectile, effets indésirables des traitements, risques de transmission).
- Une gêne relativement faible des soignants à discuter de sexualité avec les patients.
- Un certain inconfort des soignants à parler de sexualité avec les patients.
- Une reconnaissance unanime de l'importance de la question de la sexualité sous tous les aspects en consultation VIH de routine.
- Le souhait de créer un meilleur réseau professionnel, dans le but de rediriger au mieux les patients vers les spécialistes.
- Le désir de vouloir mieux se former dans ce domaine.

### Phase 2: patients

De manière générale, les patients ont rapporté qu'ils ne parlaient jamais, ou seulement parfois, de la sexualité avec leurs soignants lors de leurs soins en consultation VIH. En effet, 47% rapportent ne jamais aborder la question de la sexualité, 37% disent en parler parfois, tandis que 12% indiquent en discuter souvent; seuls 4% des patients confirment en discuter toujours. Ces résultats concernent les discussions avec les médecins traitant leur affection VIH uniquement. Cependant, les résultats relatifs à la prévalence de discussion autour de la sexualité avec des non-médecins (infirmiers-ères, aides-soignant-e-s) ou encore avec les médecins qui les suivent pour des soins VIH sont similaires.

Lorsque les patients discutent de sexualité avec les soignants, ces derniers évoquent les questions autour de la contamination, de l'utilisation du préservatif, des relations sexuelles dites «safe». Cependant, les patients ne discutent pas seulement de santé sexuelle. La vie de couple, sexuelle et affective, est aussi abordée, tout comme les problèmes d'érection ou de prostate. Par ailleurs, les patients posent des questions sur les interactions des médicaments avec leur sexualité, comme l'impact sur l'érection, le désir sexuel. Enfin, quelques patients ont répondu discuter de sujets autour de la pornographie.

Malgré le fait que les patients ne semblent pas discuter souvent de sexualité avec les soignants de la consultation VIH, ils disent aborder la question de la sexualité avec d'autres praticiens, tels que les gynécologues (pour les femmes), les

urologues (pour les hommes), les cardiologues, les psychiatres, les ostéopathes, les sophrologues, les physiothérapeutes ou encore les naturopathes.

Parmi les patients répondant discuter de sexualité avec leurs soignants, 61% rapportent être assez satisfaits des réponses reçues, tandis que 25% indiquent en être très satisfaits. Enfin, seulement 14% se disent insatisfaits des réponses données par les soignants en matière de sexualité.

Parmi les patients qui discutent de sexualité avec leurs soignants, 25% disent que les compétences de ceux-ci les mettent en situation d'inconfort pour répondre à leurs questions en lien avec la sexualité. 55% rapportent qu'elles leur permettent de répondre assez confortablement, tandis que 20% indiquent que les soignants sont très à l'aise pour répondre à leurs questions.

Par ailleurs, lorsque nous avons demandé aux patients s'il était important et légitime d'aborder la question de la sexualité lors des consultations VIH, 56% ont répondu accorder beaucoup de sens au fait de se préoccuper de la sexualité, 34% pensent qu'il est probablement important de s'en soucier, 10% ne savent pas. Aucun des patients n'a répondu qu'il n'y avait aucun sens à se préoccuper de cette question lors de leurs soins en consultation VIH.

Enfin, de manière générale, les patients trouvent important la mise à disposition de brochures. Ils trouvent aussi pertinent de proposer, sur demande, soit des entretiens avec un spécialiste de la sexualité et/ou une personne de l'équipe actuelle de la consultation VIH, soit des consultations de couple. Par ailleurs, certains patients trouvent utile de proposer des groupes de parole avec d'autres personnes concernées. Enfin, c'est avec plaisir que nous constatons qu'aucun patient n'a répondu qu'aucune de nos propositions citées ci-dessus (brochures/entretiens avec un spécialiste/consultations de couple) n'était pertinente à mettre en place dans les consultations VIH.

### Résultats des questionnaires concernant la fonction sexuelle

#### Chez les hommes (Brief sexual function inventory, BSFI)

Au regard des résultats, nous observons que notre échantillon se situe légèrement en dessus de la norme concernant le score total, mais ce dernier ne dépassant pas 2 fois l'écart-type; nous pouvons donc considérer que notre échantillon se trouve dans la norme haute.

#### Chez les femmes (Female sexual function index, FSFI)

Sur 34 patientes, 13 rapportent ne pas avoir d'activité sexuelle. Parmi les 21 autres personnes sexuellement actives, nous remarquons que le score total indique que cet échantillon est dans la norme (cut off: 26,55). En d'autres termes, les patientes ayant une vie sexuelle ne semblent pas souffrir de dysfonctions sexuelles, et ce dans tous les domaines de la fonction sexuelle. En regardant en détail, l'activité sexuelle impacte positivement et de manière significative le niveau de désir sexuel ( $p = 0,003$ ). En revanche, elle n'influence que tendanciellement la satisfaction sexuelle, mais la différence est non significative d'un point de vue statistique ( $p = 0,08$ )

En revanche, pour les femmes sexuellement inactives, les entretiens semi-structurés ont révélé que bien souvent elles avaient décidé, par peur de transmettre le virus et/ou de se sentir rejetées lors de l'annonce de leur séropositivité à leur partenaire, de ne plus avoir de vie sexuelle et de se focaliser sur d'autres centres d'intérêts. Cette abstinence sexuelle, source de souffrance dans la majorité des cas, est vécue par ces femmes comme une « obligation » pour se protéger émotionnellement et affectivement.

#### Conclusion de la phase 2

Ces résultats ont permis de mettre en lumière:

- Que les patients ne parlaient jamais, ou rarement, de sexualité avec leurs soignants durant leurs soins.
- La grande importance et la légitimité d'aborder la question de la sexualité durant les soins.
- Que parmi nos propositions concernant l'intégration de la question de la sexualité au sein de la consultation VIH, les patients ont trouvé pertinent l'idée de mettre à leur disposition des brochures sur ce sujet, mais aussi de proposer, sur demande, des consultations avec des professionnels de santé, formés dans le domaine de la sexualité et/ou de la consultation VIH.
- Que les patients et les patientes souffrant d'une affection VIH et ayant une sexualité active, ne semblent pas souffrir de dysfonctions sexuelles avérées. Cependant, lors des entretiens semi-structurés avec la Dr Bolmont, de nombreuses problématiques sexologiques sont apparues, notamment en cas d'inactivité sexuelle, alors que les questionnaires n'ont pas fait ressortir cette information. Il s'agirait ainsi d'un point important à investiguer de manière plus approfondie dans un avenir proche, avec une étude qui évaluerait spécifiquement les différents facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie sexuelle des personnes souffrant d'une infection par le VIH.

## CONCLUSION

Grâce à ce projet, nous avons pu d'ores et déjà mettre en évidence des lacunes concernant la formation des soignants dans le domaine de la sexualité pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Nous sommes ravis de constater que les soignants ont reconnu leurs limites (notamment l'approche quasiment uniquement biomédicale de la sexualité) et qu'ils sont désireux de mieux se former dans ce domaine, mais aussi d'élargir leur réseau professionnel, afin de rediriger au mieux les patients en cas de besoin.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence un désir des patients à intégrer la question de la sexualité à la consultation VIH, que ce soit par le biais d'une brochure, ou par la proposition, sur demande, de consultations personnelles ou de couples avec un spécialiste. Ces résultats sont donc très encourageants pour légitimer l'intégration de la sexualité comme une discipline à part entière dans les départements traitant des maladies sexuellement transmissibles.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est justifié de fournir aux patients souffrant du VIH des informations concernant leur sexualité, notamment par le biais de brochures ou de propositions de consultations avec un spécialiste en sexualité
- Une formation brève des soignants est souhaitable. Celle-ci permettra au personnel d'aborder de manière plus efficace et sereine la problématique de la sexualité chez les patients vivant avec le VIH

1 Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson 1998;156:613-20.  
2 Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Approche sociocognitive du désir sexuel. *Rev Med Suisse* 2008;4:768-71.  
3 \*\*Weigand E, Bianchi-Demicheli F. J'ai envie de comprendre ma sexualité (femme). Genève : Planète Santé, 2013.  
4 \*\*Weigand E, Bianchi-Demicheli F. J'ai envie de comprendre ma sexualité (homme). Genève : Planète Santé, 2014.  
5 WHO. Defining sexual health. Report of

a technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002. Geneva, 2006.  
6 Schover LR, McKee AL. Sexuality rehabilitation. *Rehabil Oncol* 2000;18:16.  
7 Chang E, Johnson A. (Eds.). *Chronic illness and disability: Principles for nursing practice*. Paris : Elsevier Health Sciences, 2014.  
8 El Fane M, Bensghir R, Sbai S, et al. Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies* 2011;20:158-62.  
9 \*Troussier T, Tourette-Turgis C. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies* 2006;15:165-

75.  
10 Shapiro K, Ray S. Sexual health for people living with HIV. *Reprod Health Matters* 2007;15:67-92.  
11 Carlsson-Laloo E, Rusner M, Mellgren Å, Berg M. Sexuality and reproduction in HIV-positive women: a meta-synthesis. *AIDS Patient Care STDS* 20016;30:56-69.  
12 Schiltz MA, Bouhnik AD, Préau M, Spire B. La sexualité des personnes atteintes par le VIH: l'impact d'une infection sexuellement transmissible. *Sexologies* 2006;15:157-64.  
13 \*Agaba PA, Meloni ST, Sule HM, et al. Sexual dysfunction and its determinants

among women infected with HIV. *Int J Gynecol Obstet* 2017;137:301-8.  
14 \*Mergui A, Giami A. Les représentations de la sexualité chez de jeunes adultes séropositifs. *Sexologies* 2014;23:8-13.  
15 Mergui A, Giami A. La sexualité des adolescents séropositifs: analyse de la littérature et réflexion sur les impensés de la sexualité. *Arch Pediatr* 2011;18:797-805.

\* à lire  
\*\* à lire absolument

# Sexualité chez les sujets souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Drs LORENZO SOLDATI<sup>a</sup> et MYLÈNE BOLMONT<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 543-5

Bien qu'il existe une littérature conséquente concernant la sexualité des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique tel que la dépression, le trouble anxieux, la schizophrénie, les troubles alimentaires ou les troubles de la personnalité, peu d'études ont investigué à ce jour la sexualité des patients souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Le but de cet article est donc de se focaliser sur les connaissances actuelles en matière de sexualité chez des personnes souffrant du TDAH. Ces derniers semblent avoir moins de satisfaction sexuelle, plus de désir sexuel, plus de dysfonctions sexuelles et plus de comportements sexuels à risque que la population générale.

## Sexuality in subjects who suffer from attention deficit/hyperactivity disorder

*Although there is a substantial literature concerning the sexuality of people suffering from a psychiatric disorder, such as depression, anxiety disorder, schizophrenia, eating disorders or personality disorders, few studies have investigated the sexuality of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) patients. The purpose of this article is therefore to show current knowledge about sexuality in people suffering from ADHD. The latter seem to have less sexual satisfaction, more sexual desire, more sexual dysfunction and more risky sexual behavior than the general population.*

## INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité; elle considère la satisfaction sexuelle comme un facteur important de la qualité de vie.<sup>1</sup> Pourtant, les problèmes sexuels sont très fréquents et divers, allant de l'insatisfaction aux comportements sexuels à risque (CSR), et incluant différents troubles comme les dysfonctions sexuelles, l'hypersexualité et les troubles paraphiliques (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, masochisme et sadisme sexuel, pédophilie, fétichisme, transvestisme). Selon certaines études, 40% des femmes et 30% d'hommes souffriraient de dysfonctions sexuelles.<sup>2</sup>

Les dysfonctions sexuelles sont très fréquentes chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique tel que la dépression, le trouble anxieux, la schizophrénie, les troubles alimentaires ou les troubles de personnalité.<sup>3</sup> Cette importante prévalence peut s'expliquer par l'influence de la psychopathologie et des traitements psychotropes sur la fonction sexuelle. Par ailleurs, ces troubles eux-mêmes peuvent avoir un impact sur la santé mentale des patients qui en souffrent.<sup>3</sup>

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est une affection trouble neurodéveloppementale débutant dans l'enfance et persistant durant l'âge adulte. Il est caractérisé par un déficit de l'inhibition dans différents domaines comme l'attention, la cognition, l'humeur, les mouvements et l'action. Ce déficit serait en lien avec de bas niveaux de dopamine dans des aires du cerveau impliquées dans le contrôle des impulsions et des fonctions exécutives.<sup>4</sup>

Le TDAH est caractérisé par une impulsivité, une inattention, une hyperactivité et une labilité émotionnelle. On le décrit habituellement avec 3 sous-types : un premier avec une prédominance de l'inattention, un autre avec une prédominance de l'hyperactivité et de l'impulsivité, et un troisième, combiné, qui présente l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. La symptomatologie du TDAH peut être source de souffrance psychique, de difficultés dans le fonctionnement social ou professionnel, ainsi que d'insatisfaction dans la vie de couple.<sup>4</sup>

Il est facile d'imaginer que les symptômes spécifiques du TDAH puissent affecter la sexualité. En effet, l'inattention pourrait augmenter le risque de troubles sexuels en raison de la distractibilité et du manque de focalisation sur la sexualité pendant les rapports sexuels. L'hyperactivité, quant à elle, pourrait augmenter le désir sexuel, la fréquence des relations sexuelles, ainsi que le risque d'hypersexualité et de troubles paraphiliques. Enfin, l'impulsivité pourrait augmenter la fréquence des CSR.

Cependant, il existe peu d'études sur la sexualité des patients souffrant d'un TDAH.<sup>3</sup> Le but de cet article est donc de faire le point des connaissances actuelles sur leur sexualité.

## FONCTION SEXUELLE

Quelques études ont montré que les sujets souffrant d'un TDAH ressentent plus de désir sexuel, et ils rapportaient une fréquence masturbatoire plus élevée que la population

<sup>a</sup>Unité de médecine sexuelle et sexologie, Service des spécialités psychiatriques, Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, 1201 Genève, <sup>b</sup>Collaboratrice scientifique, Faculté de médecine, Université de Genève, Boulevard de la Cluse, 30, 1205 Genève  
lorenzo.soldati@hcuge.ch | mylène.bolmont@unige.ch

générale.<sup>5</sup> Pour expliquer ces résultats, nous avons proposé que l'excitation sexuelle pourrait augmenter la fonction dopaminergique au niveau cérébral, et que la masturbation et l'activité sexuelle pourraient être des comportements aidant les personnes atteintes d'un TDAH à apaiser leurs symptômes.

Par ailleurs, les sujets avec un TDAH décrivent plus d'insatisfaction sexuelle que la population générale.<sup>5</sup> Cela pourrait être lié à une certaine difficulté dans leur approche de la complexité du rapport sexuel (par exemple, la difficulté à gérer son désir sexuel, à se focaliser sur ses sensations physiques, à décider d'un moment approprié ou pas de faire ou de dire quelque chose, ...).

De plus, nous supposons que l'insatisfaction sexuelle pourrait être en lien avec l'insatisfaction dans le couple, qui est une problématique documentée dans la littérature chez les patients atteints d'un TDAH. En effet, ces derniers montrent des difficultés à maintenir une relation de couple satisfaisante en raison de leur symptomatologie, comme l'impulsivité, le besoin de chercher des sensations fortes, les changements d'humeur, la rage, l'agressivité, les oublis et l'inattention. Leurs partenaires se sentent souvent insatisfaits de la qualité de leur relation.<sup>4</sup>

## DYSFONCTIONS SEXUELLES

Une étude<sup>5</sup> a montré que la prévalence des troubles sexuels chez les sujets avec un TDAH était de 39% pour les hommes et de 43% pour les femmes, et que ces valeurs étaient significativement plus élevées que celles rapportées pour le groupe contrôle. Les dysfonctions sexuelles les plus fréquentes chez les hommes étaient les troubles de l'orgasme (14%), l'éjaculation prématurée (13%), l'aversion sexuelle (13%) et les émotions négatives pendant ou après un rapport sexuel (10%). Chez les femmes, c'était les troubles de l'excitation (26%), les troubles de l'orgasme (22%) ainsi que l'aversion sexuelle (15%).

Les auteurs de l'étude ont suggéré que l'aversion sexuelle et les émotions négatives pendant les rapports sexuels pouvaient être en lien avec la basse estime de soi, la peur de l'intimité et les capacités relationnelles limitées, observées chez ces patients. Ils ont aussi suggéré un lien entre l'éjaculation prématurée chez l'homme et la difficulté des patients à contrôler les impulsions typiques du TDAH; cette dernière amènerait une difficulté à moduler le réflexe éjaculatoire.<sup>5</sup>

## EFFETS SECONDAIRES SEXUELS DES PSYCHOSTIMULANTS

Une étude sur des patients souffrant de TDAH<sup>5</sup> n'a montré aucune différence dans la fonction sexuelle et la prévalence des troubles sexuels entre les patients traités avec des psychostimulants et ceux sans traitement. En revanche, d'autres études ont montré que l'atomoxétine peut favoriser une diminution du désir sexuel, un trouble érectile ou des troubles de l'éjaculation,<sup>6</sup> et que le méthylphénidate et les sels d'amphétamine peuvent favoriser une diminution du désir sexuel et un trouble érectile.<sup>7,8,9</sup>

## COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

Les CSR comprennent la sexualité sous l'emprise de drogues, l'absence d'utilisation de moyens de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles, le fait d'attraper l'une de ces dernières, la survenue de grossesses non désirées, le nombre important de partenaires ou le très jeune âge lors du premier rapport.

De nombreuses études<sup>10</sup> ont exploré la prévalence de CSR chez les sujets atteints d'un TDAH, et plusieurs d'entre elles ont montré, par comparaison avec la population générale, que ces derniers s'engagent plus facilement dans ce type de comportements.<sup>11</sup>

Parmi les facteurs qui peuvent favoriser ces derniers, on retrouve certains symptômes du TDAH, tels que l'impulsivité, l'hyperactivité, l'inattention, mais aussi l'utilisation de substances, la présence d'autres troubles psychiatriques, ou encore des capacités relationnelles limitées.<sup>12</sup>

Selon Isaksson et coll., l'impulsivité, qui engendre un besoin de s'engager dans des comportements gratifiants et source de sensations fortes, associée aux capacités relationnelles limitées et à l'utilisation de substances, serait un élément central des CSR.<sup>12</sup> Quant à l'inattention, elle pourrait jouer un rôle dans la difficulté à prédire les conséquences des activités sexuelles, ce qui augmenterait le risque de s'engager dans ce type de comportements.<sup>12</sup>

De plus, ces comportements coexistent avec différentes pathologies psychiatriques (trouble des conduites, trouble oppositionnel défiant, trouble d'abus de substances, trouble anxieux, trouble dépressif).<sup>12</sup> La prise de traitements pharmacologiques pour le TDAH pourrait diminuer le risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles chez les patients présentant ce trouble.<sup>13</sup>

## HYPERSEXUALITÉ

Selon certaines études,<sup>5,14</sup> la prévalence de l'hypersexualité chez les patients avec un TDAH oscillait entre 2 et 12%. En revanche, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence en comparaison du groupe contrôle. Seule une étude<sup>15</sup> a pu montrer une association plus importante entre hypersexualité et TDAH au sein d'une population non sélectionnée.

Ces données sont un peu surprenantes, car étant donné que les individus avec un TDAH semblent avoir plus de désir sexuel, une fréquence masturbatoire plus élevée et moins de satisfaction sexuelle que la population générale, nous pourrions nous attendre à une prévalence plus importante d'hypersexualité parmi eux.

Nous avons émis l'hypothèse que les rapports sexuels et la masturbation diminueraient l'intensité de leurs symptômes. En fait, ces comportements sembleraient appropriés, et ils n'engendraient donc pas un surplus de souffrance ou de dysfonctionnement social, ce qui est le cas dans l'hypersexualité.

Une autre donnée surprenante est celle d'une étude<sup>16</sup> qui a montré que chez des hommes présentant une hypersexualité et un TDAH, le symptôme le plus fréquent était l'inattention et non l'impulsivité ou l'hyperactivité. Ces données vont à l'encontre de l'idée courante que l'impulsivité et l'hyperactivité auraient une influence sur les comportements hypersexuels.

## TROUBLES PARAPHILIQUES

Les données concernant la prévalence des paraphilies et des troubles paraphiliques chez les sujets atteints d'un TDAH sont rares et ne permettent pas de tirer des conséquences.<sup>5</sup>

## CONCLUSION

Il existe peu d'études sur la sexualité des sujets atteints d'un TDAH, il faut donc être prudent lorsqu'on tire des conclusions; un nombre plus élevé d'études scientifiques dans ce domaine sont souhaitables. En revanche, les connaissances actuelles montrent que ces sujets auraient moins de satisfaction sexuelle, plus de désir sexuel, plus de dysfonctions sexuelles et plus de CSR que la population générale. Ces difficultés semblent en lien avec leurs symptômes, comme l'inattention, l'impulsivité, l'hyperactivité et la difficulté dans les relations de couple.

Ce constat nous pousse à suggérer aux soignants travaillant avec des patients atteints d'un TDAH d'interroger davantage leur sexualité, de mettre en place des programmes de psycho-

éducation dans ce domaine et d'évaluer l'éventuelle présence de troubles sexuels. Par ailleurs, ils devraient être familiers avec les effets secondaires sexuels des psychostimulants.

Nous encourageons aussi une meilleure collaboration entre les soignants travaillant avec les patients atteints d'un TDAH et les sexologues. Cette coopération pourrait aider les premiers à mieux évaluer la sexualité de leur patient et à déterminer quand un suivi sexologique est nécessaire. Pour les seconds, cela permettrait de mieux évaluer la présence d'un déficit de l'attention, d'une hyperactivité ou d'une impulsivité chez les patients consultant pour un trouble sexuel, et de prendre cela en compte dans la compréhension des difficultés de leurs patients et dans la proposition d'une prise en charge adaptée.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Évaluer la sexualité des patients souffrant de TDAH est nécessaire, puisque nous retrouvons chez eux davantage d'insatisfaction sexuelle et de troubles sexuels que dans la population générale
- Il est important de mettre en place des programmes de prévention en santé sexuelle chez les patients souffrant de TDAH, compte tenu de leurs comportements sexuels à risque
- Il faut veiller à ne pas négliger les aspects liés à l'inattention lorsqu'on prend en charge des patients souffrant de TDAH et d'hypersexualité

1 WHO (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health; 28-31 January 2002. Geneva.

2 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.

3 Soldati L. Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. *Rev Med Suisse* 2016;12:544-47.

4 \*\*Kooij JS. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Intimate Relationships and Sexuality. In *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients*. Cham: Springer; 2018, 75-82.

5 \*Bijlenga D, Vroege JA, Stammen AJM, et al. Prevalence of sexual dysfunctions and other sexual disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder compared to the general population. *Atten Defic Hyperact Disord* 2018;10:87-96.

6 Camporeale A, Porsdal V, De Bruyckere K, et al. Safety and tolerability of atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adult patients: an integrated analysis of 15 clinical trials. *J Psychopharmacol* 2015;29:3-14.

7 CONCERTA® (methylphenidate HCL) extended-release tablets CII. US prescribing information. Titusville: Ortho-McNeil-Janssen Pharmaceutical; 2017. Disponible sur : [www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/021121s0381bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/021121s0381bl.pdf).

8 Adderall (dextroamphetamine saccharate, amphetamine aspartate monohydrate, dextroamphetamine sulfate and amphetamine sulfate) tablet. US prescribing information. Waine: Shire US Inc; 2013. Disponible sur : [www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2013/021303s0261bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/021303s0261bl.pdf).

9 Vyvanse (lisdexamfetamine dimesylate) capsule. US prescribing information.

Waine: Shire LLC; 2017. Disponible sur : [www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/2085101bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/2085101bl.pdf).

10 Sarver DE, McCart MR, Sheidow AJ, Letourneau EJ. ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:1345-53.

11 Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev* 2013;33:215-28.

12 Isaksson J, Stickley A, Kuposov R, Ruchkin V. The danger of being inattentive – ADHD symptoms and risky sexual behaviour in Russian adolescents. *Eur Psychiatry* 2018;47:42-8.

13 Chen MH, Hsu JW, Huang KL, et al. Sexually transmitted infection among adolescents and young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *J Am Acad Child Psychiatry* 2018;57:48-53.

14 Porteret R, Bouchez J, Baylé FJ, Varescon I. ADHD/D and impulsiveness: Prevalence of impulse control disorders and other comorbidities, in 81 adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD/D). *Encephale* 2016;42:30-137.

15 Bóthe B, Koós M, Tóth-Király I, Orosz G, Demetrovics Z. Investigating the associations of adult ADHD symptoms, hypersexuality, and problematic pornography use among men and women on a largescale, non-clinical sample. *J Sex Med* 2019;16:489-99.

16 Reid RC, Carpenter BN, Gilliland R, Karim R. Problems of self-concept in a patient sample of hypersexual men with attention-deficit disorder. *J Addict Med* 2011;5:134-40.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Ezetimib-Rosuvastatin

La **seule** association «à dose fixe» avec les substances

- ▶ Traitement de substitution chez les adultes déjà traités par l'ézétimibe et la rosuvastatine sous forme de comprimés séparés dans les mêmes dosages
- ▶ Capsules, disponibles aux dosages de 10/10 mg et 10/20 mg, EO30 und EO90
- ▶ Sans lactose ni gluten<sup>2</sup>
- ▶ Disponible au prix des génériques



admis par les caisses maladie

# Etin-Mepha®

s ézétimibe et rosuvastatine<sup>1</sup>

## Un interlocuteur unique

### Monopréparations:

- ▶ Ezetimib-Mepha® Teva
- ▶ Rosuvastatin-Mepha®

### Association «à dose fixe»:

- ▶ Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha®

Exclusivement  
chez Mepha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> www.swissmedic.ch; janvier 2020

<sup>2</sup> Composition voir information professionnelle ou selon autorisation disponible sur demande. Sans gluten: ne contient pas d'amidon de blé

**Ezetimib-Rosuvastatin-Mepha® C:** 1 capsule contient 10 mg d'ézétimibe et 10 mg de rosuvastatine ou 10 mg d'ézétimibe et 20 mg de rosuvastatine. I: Traitement de substitution chez les adultes déjà traités par l'ézétimibe et la rosuvastatine sous forme de comprimés séparés dans les mêmes dosages. P: Après un traitement initial ou un ajustement posologique avec les mono-substances, passage à une combinaison fixe avec les dosages correspondants. Prise: 1x par jour à la même heure de la journée avec ou sans nourriture. Instructions spéciales pour la posologie, voir l'information professionnelle. CI: Hypersensibilité aux principes actifs ou à l'un des excipients, affection hépatique active, élévation persistante et inexpliquée des transaminases sériques, élévation des transaminases sériques de >3 fois la limite supérieure de la norme, insuffisance rénale sévère (Clcr <30 ml/min), myopathie, co-médication avec la cyclosporine, grossesse/allaitement, femmes en âge de procréer sans mesures contraceptives appropriées. PC: Myalgie, myosite, myopathie, taux élevés de créatine phosphokinase, myopathie nécrosoante immuno-médiée, facteurs prédisposant à une rhabdomyolyse et à une myopathie, maladie grave aiguë, altération de la fonction rénale, patients âgés (>70 ans), consommation excessive d'alcool, antécédents de maladie hépatique, insuffisance hépatique, personnes d'origine asiatique, maladie pulmonaire interstitielle, diabète, co-médication avec des dérivés de l'acide fibrinique, acide nicotinique, antifongiques azolés, antibiotiques macrolides, anticoagulants, préparations systémiques d'acide fusidique et inhibiteurs de la protéase. EI: Fréquents: taux accrus d'ALT et/ou d'AST, diabète, vertiges, céphalées, gêne abdominale, diarrhée, flatulences, douleurs abdominales, constipation, nausées, myalgie, fatigue, asthénie, occasionnels: taux accrus de CK sériques, de GGT ou tests de la fonction hépatique élevés, toux, paresthésie, sécheresse buccale, gastrite, dyspepsie, reflux gastro-œsophagien, prurit, éruption cutanée, urticaire, douleurs dorsales, faiblesse musculaire, douleurs dans les extrémités, arthralgie, spasmes musculaires, douleurs dans la nuque, perte d'appétit, bouffées de chaleur, hypertension, œdème périphérique, douleurs thoraciques, douleurs. IA: Cyclosporine, inhibiteur de la protéase, inhibiteur du transporteur d'influx OATP1B1 et du transporteur d'efflux BCRP, gemfibrozil, fanofibrate et autres fibrates, acide nicotinique, acide fusidique systémique, antiacides contenant Al(OH)<sub>3</sub> et Mg(OH)<sub>2</sub>, antagonistes de la vitamine K, contraceptifs oraux. THS, colestyramine, clopidogrel, eltrombopag, dronedarone, antifongiques azolés, érythromycine, baicaline. Liste: B. [021801] Pour des informations complémentaires sur le médicament consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

Mepha Pharma SA, 4010 Bâle, Téléphone 061 705 43 43, Téléfax 061 705 43 85, [www.mepha.ch](http://www.mepha.ch)

mepha



# Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé

Drs MOHAMED ESHMAWEY<sup>a</sup>, JÉRÔME FREDOUILLE<sup>b</sup> et Pr FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 548-51

La sexualité est un aspect important de la vie humaine à tous les âges et son expression est un besoin humain essentiel, quel que soit l'âge. La société vieillit et les gens vivent plus longtemps. Alors qu'elle se poursuit tout au long de la vie, de nombreux facteurs influent sur la sexualité des personnes âgées. Le processus de vieillissement et le remodelage du mode de vie jouent un rôle important dans la modification des besoins sexuels et du comportement sexuel à un âge avancé. L'expression de la sexualité est considérée comme un besoin fondamental de la santé mentale de tous les individus, sans distinction de sexe et d'âge. La majorité des professionnels de la santé ne discutent pas de manière proactive des problèmes de sexualité avec les personnes âgées, ce qui nécessite une plus grande attention.

## Advanced age, cognitive decline and sexuality in healthcare institutions

*Sexuality in an important aspect of human life at all ages and expressing it is an essential human need regardless of age. Society is ageing and people are living longer life. As the sexuality continues during the entire life many factors affect the sexuality in older population. The aging process and remodeling of the life style play an important role in the alteration of sexual needs and sexual behavior in advanced age. Sexuality expression is considered as a fundamental mental health need of all individuals, regardless of gender and age. The majority of healthcare professionals do not proactively discuss sexuality issues with old age patients, and this requires further attention.*

## COMMENT VOYONS-NOUS LA SEXUALITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS NOTRE SOCIÉTÉ?

Cet article donne un aperçu général de la sexualité et du vieillissement, en particulier de la sexualité dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les institutions de santé. Il tente également de mettre la lumière sur la gestion des problèmes sexuels et des questions difficiles rencontrés dans la pratique quotidienne avec ce groupe d'âge.

La sexualité de l'âge avancé est rarement représentée par les professionnels de santé de manière claire. En raison de nombreuses croyances et de stéréotypes erronés, les personnes âgées peuvent se retirer de toute forme d'expression sexuelle et ignorer leur désir sexuel, car cela ne conviendrait pas à leur

âge ou à leur style de vie. Ces représentations influencent de nombreux adultes plus âgés, ce qui conduit souvent à la conclusion erronée que la sexualité est réservée aux jeunes. Les professionnels de la santé peuvent contribuer à ces représentations sociales concernant la sexualité de la personne âgée.<sup>1-5</sup>

Un pourcentage élevé de personnes âgées souffrent de maladies physiques, cognitives ou mentales chroniques qui affectent leur désir et leur fonction sexuels. Des perturbations du comportement sexuel peuvent également résulter de traitements médicaux.<sup>1,6</sup>

Le déclin de la fonction sexuelle avec l'âge peut également affecter la qualité de vie. Les maladies chroniques, les problèmes de santé multiples et le déclin physique et cognitif expliquent la diminution de l'intérêt et du désir d'activités sexuelles chez les personnes âgées.<sup>1,5</sup> La disponibilité d'un partenaire sexuel influence également l'expression des besoins sexuels.<sup>2</sup> Les facteurs biologiques jouent un rôle important dans le fonctionnement sexuel. D'autre part, les aspects psychologiques et sociaux ont une grande influence sur le fonctionnement sexuel chez les personnes âgées ainsi que sur l'attitude de la personne face aux difficultés sexuelles.<sup>1,5</sup>

Vivre dans une institution crée un environnement qui limite la vie privée et l'expression de la sexualité. Dans ce groupe d'âge, les soignants peuvent observer que les personnes âgées essaient de discuter de manière indirecte de leur sexualité et qu'elles ne sont pas à l'aise avec les problèmes de sexualité en général.<sup>7,8</sup> De plus, la littérature montre que la sexualité des personnes âgées est peu ou mal connue par le personnel soignant, et cela peut limiter l'expression sexuelle chez les sujets âgés vivant dans les institutions.<sup>3</sup>

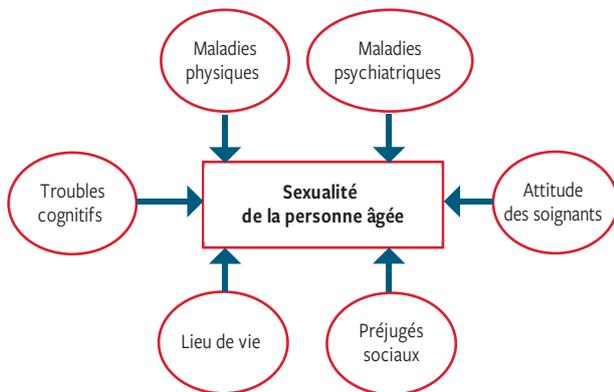
La question est de savoir comment prendre en charge un sujet aussi délicat et en discuter facilement sans que la personne âgée ne se sente humiliée ou maltraitée. Il reste difficile de répondre à cette question, en particulier pour les prestataires de soins de santé travaillant dans des hôpitaux ou dans les EMS. Nous espérons que cet article mettra en lumière les différents aspects de la sexualité des personnes âgées, et aidera les prestataires de soins à gérer ce problème délicat et à permettre aux personnes âgées d'exprimer leur sexualité, leurs besoins et leurs pulsions sexuels avec aisance et dignité (figure 1).

## LA SEXUALITÉ DE L'ÂGE AVANCÉ DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE?

Puisque la sexualité à un âge avancé est un problème médical et psychosocial de toute importance et que les problèmes

<sup>a</sup>Service de psychiatrie gériatrique, HUG, 1211 Genève 14, <sup>b</sup>Unité de médecine sexuelle et sexologie, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14  
mohamed.eshmawey@hcuge.ch | jerome.fredouille@hcuge.ch  
francesco.bianchi-demicheli@hcuge.ch

**FIG 1** Facteurs affectant la sexualité dans l'âge avancé



sexuels peuvent avoir un large éventail de conséquences physiques, mentales et sociales pour les personnes âgées, il est nécessaire de considérer une ample base bibliographique incluant la littérature médicale et psychosociale.

Il existe relativement peu d'études originales se concentrant directement sur la sexualité chez les adultes âgés en ce qui concerne les dysfonctions sexuelles dans ce groupe d'âge, la sexualité chez les patients souffrant de troubles cognitifs et la sexualité dans les institutions. En dépit du nombre limité d'études qui traitent directement de la sexualité chez les personnes âgées, ces études mettent en lumière différents aspects intéressants de la vie sexuelle de l'âge avancée et suggèrent des pistes pour de futures recherches.

La littérature confirme qu'il n'y a pas d'âge limite pour la réactivité sexuelle. La vie sexuelle peut être agréable à un âge très avancé. Une personne âgée peut jouir d'une activité sexuelle satisfaisante à condition de le vouloir et de savoir en profiter. Néanmoins, les mythes négatifs sur la sexualité dans cette tranche d'âge et la croyance que la sexualité est réservée aux jeunes adultes affectent le point de vue de la société.<sup>2,3,5</sup>

### SEXUALITÉ INAPPROPRIÉE DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS LES INSTITUTIONS

Une étude de McAuliffe et coll. a indiqué que la sexualité n'est pas systématiquement évaluée dans les EMS ou dans les institutions de santé, que le personnel soignant n'a pas de traitement sexuel dédié et, de manière générale, dispose de peu de ressources pour la prise en charge de la santé sexuelle.<sup>9</sup>

Lorsqu'une personne âgée est admise dans une institution de santé où les soignants doivent discuter des sujets touchant la sexualité ou les parties intimes du corps, le résident peut réagir de différentes manières, allant de la compréhension au sarcasme, à la honte, à la confusion ou même à la colère et l'agitation.<sup>10</sup> En outre, la littérature montre que les soignants dans les institutions de santé ont une certaine connaissance de la sexualité de la personne âgée mais qu'ils sont, en général, mal à l'aise quand ils doivent en discuter avec les résidents.<sup>3</sup>

La sexualité dans les institutions devient de plus en plus un défi en raison de la nécessité pour les résidents, même ceux ayant un déficit cognitif, d'exprimer leur sexualité.<sup>8,11,12</sup> Il est également important de souligner que des questions éthiques, parfois, rendent nécessaire d'évaluer la capacité de consentir à une activité sexuelle parmi les résidents souffrant d'un problème cognitif.<sup>8</sup>

La plupart des attouchements ou des agressions sexuelles contre les personnes âgées se produisent dans des institutions de soins de longue durée.<sup>13-15</sup> Cette agressivité peut être due, en grande partie, à un comportement hypersexuel désinhibé qui se produit chez les personnes âgées atteintes de démence.<sup>8,16,17</sup>

Teaster et Roberto montrent dans leur étude portant sur 82 victimes de violences sexuelles que, de manière générale, les violences sexuelles chez les personnes âgées impliquent des baisers sexualisés et des attouchements inappropriés. La majorité des agresseurs sont des résidents d'EMS et, dans la plupart des cas, le témoin est un autre résident.<sup>15</sup>

Les abus sexuels peuvent toucher toute personne âgée et dans n'importe quel contexte, que ce soit à l'hôpital, à la maison ou dans un EMS. Par conséquent, l'auteur peut être un membre de la famille, un fournisseur de soins, un autre résident ou un inconnu.<sup>15</sup>

Les soignants sont souvent confrontés au défi consistant à maintenir un équilibre délicat entre faciliter l'expression sexuelle dans les institutions et assurer la sécurité des personnes âgées contre les comportements inappropriés. L'agressivité sexuelle présente dans les EMS a de profondes implications cliniques et soulève des problèmes éthiques, comme l'évaluation de la capacité de consentir à une activité sexuelle parmi les résidents souffrant d'une démence, ou encore comme l'impact de cette agressivité sur la stabilité psychique du résident.<sup>2,8,14,16</sup> Les problèmes posés par le comportement sexuel agressif des résidents dans les institutions sont compliqués par la difficulté à reconnaître une expression sexuelle saine chez les personnes âgées, en particulier celles vivant dans des EMS de soins de longue durée et ayant des difficultés cognitives.<sup>14</sup>

### QUELLE ATTITUDE FACE À L'EXPRESSION DES DÉSIRES SEXUELS ET LES PRATIQUES SEXUELLES?

Malgré les grands progrès effectués en gériatrie et en gérontopsychiatrie, les attitudes et les croyances des membres du personnel peuvent créer une confusion face aux intérêts sexuels persistants et insistants des résidents des institutions de soins. Les soignants doivent être attentifs aux désirs et aux expressions sexuelles des résidents.<sup>2,18</sup> Rosen et coll., dans leur étude, ont relevé le développement d'une nouvelle stratégie plus tolérante à l'égard des contacts sexuels dans les EMS, si le personnel a suivi une formation approfondie et spécifique en santé sexuelle et aussi lors de la mise en place des politiques détaillées en matière de sexualité dans le respect des droits des résidents.<sup>8</sup>

La littérature montre comment le style de vie en EMS peut faciliter et encourager les relations sexuelles, y compris la distribution de sildénafil aux résidents vivant en institution.

Cela pourrait potentiellement améliorer considérablement la qualité de vie. La sensualité et la sexualité sont des composantes identitaires qui restent précieuses pour la femme et l'homme âgés. Des souvenirs plaisants vont se graver dans la mémoire corporelle de la personne âgée, mais en même temps cela soulève des problématiques complexes concernant la capacité de discernement et de consentement chez ces résidents. C'est particulièrement préoccupant si l'un des partenaires est considérablement plus atteint sur le plan cognitif ou psychique que l'autre.<sup>2,8</sup>

Les chercheurs ont également discuté à plusieurs reprises de la question éthique d'autoriser et de faciliter ou pas les pratiques sexuelles dans les institutions.<sup>19</sup> Pour déterminer efficacement si les résidents auraient la liberté de s'adonner à des relations intimes, le personnel de l'institution devrait évaluer la capacité de consentement sexuel de chaque résident.<sup>2,8,19</sup>

Toutefois, l'évaluation de la capacité de consentement sexuel des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs reste difficile, complexe, subjective et non absolue.<sup>20</sup> Certaines personnes peuvent avoir la capacité de consentir à des contacts sexuels spécifiques, mais pas à d'autres, ou de consentir à des contacts sexuels avec des partenaires spécifiques, mais pas avec d'autres.<sup>8</sup>

Trouver un bon équilibre entre le respect des droits des résidents et la protection contre les abus reste une mission difficile. Une autre question éthique problématique est de savoir s'il faut permettre une relation sexuelle entre les résidents mariés lorsqu'un des partenaires souffre d'un déficit cognitif avancé et devient incapable de consentir.<sup>8,21</sup> L'éloignement psycho-émotionnel et corporel ne devra pas être trop grand. La question qui se pose est la suivante: dans ce cas, engage-t-on la personne souffrant de troubles cognitifs dans une situation de pratique sexuelle non consensuelle?<sup>8,20,21</sup>

La sexualité de la personne âgée ne devrait plus être directement liée au devoir biologique et elle devrait se poser comme un choix relativement libre. Il est important d'apporter des modifications aux règles institutionnelles pour faciliter les pratiques sexuelles qui peuvent être très enrichissantes dans la vie de la personne âgée en EMS. Il est intéressant de voir les institutions de santé se concentrer davantage sur les droits des résidents. D'une part, il est également important de rester attentif aux risques potentiels de ces nouvelles politiques sexuelles plus permissives, de veiller à ce que tous les partenaires en contact sexuel s'engagent dans ces activités en toute sécurité et qu'ils en comprennent bien les conséquences.<sup>8,14,15</sup> Si le personnel de l'institution se trouve face à une situation où les résidents souhaitent satisfaire leurs désirs sexuels, la capacité de consentement de chaque participant devrait être évaluée et documentée.<sup>8,20</sup> Rosen et son équipe recommandent dans leur étude une première évaluation par un gériatre, un interniste expérimenté dans les soins gériatriques ou un psychiatre.<sup>8</sup>

Pour une personne âgée, la décision de quitter son domicile et de vivre en institution conduit à une limitation de la vie privée et à la création d'un nouvel environnement qui limite également l'expression de la sexualité et de l'affection en général. Des efforts sont nécessaires pour donner au personnel des

institutions des outils permettant de contrôler efficacement ce problème tout en offrant aux résidents une qualité de vie améliorée grâce à l'intimité et à l'expression sexuelle.<sup>7,22,23</sup>

## VIE SEXUELLE D'UN RÉSIDENT SOUFFRANT D'UNE DÉMENCE DANS UNE INSTITUTION DE SANTÉ

Dans leur étude, Tabak et coll. ont recommandé aux professionnels de la santé de permettre aux patients atteints de démence d'exprimer librement leurs besoins sexuels dans l'intimité et dans la dignité, d'associer les proches à la prise de décision, de sensibiliser davantage la famille aux besoins sexuels et de mettre l'accent sur les mesures assurant la sécurité et la vie privée.<sup>10</sup> On peut cependant s'interroger sur la pertinence qu'il y aurait à confier à des enfants la fonction d'autoriser ou d'interdire les relations sexuelles à leurs propres parents.

Roach, dans son étude, souligne le fait que les soignants devraient travailler à créer un environnement favorable aux droits sexuels dans les EMS en encourageant l'expression des désirs sexuels, y compris l'éducation et le conseil, en facilitant les intérêts partagés entre les personnes âgées, en fournissant un environnement adapté, et en enquêtant sur tous les comportements sexuels inappropriés parmi les résidents afin d'assurer la sécurité.<sup>22</sup>

Roach indique que les interactions interpersonnelles entre les résidents et le personnel, la famille et les autres résidents des institutions créent des liens interpersonnels et augmentent la satisfaction de la vie. Roach a montré dans ses recherches un paradigme conceptuel des perceptions du personnel des EMS et de ses réponses au comportement sexuel des résidents.<sup>22</sup> Les soignants se comportent souvent pour protéger leur propre gêne à aborder les sujets de sexualité. Les directeurs d'institution, les résidents et leurs familles peuvent avoir une influence majeure sur les réactions du personnel vis-à-vis des questions de sexualité.<sup>3,22</sup>

Les cliniciens et les soignants devraient être en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'abus sexuel chez une personne âgée.<sup>8,15</sup> Les comportements sexuels inappropriés chez les résidents souffrant de déclin cognitif ne doivent pas être ignorés, car ils peuvent rapidement mener à une situation dangereuse ou être associés à d'autres comportements potentiellement nocifs liés à la démence, comme l'hétéro-agressivité ou l'apparition des symptômes psychotiques. Toutes les situations doivent être évaluées et toutes les personnes ayant un comportement inapproprié ou hypersexuel doivent être sérieusement évaluées par les membres du personnel, idéalement de manière multidisciplinaire.<sup>8,13,15,24</sup>

Il est important de rester attentif au fait qu'une personne âgée souffrant d'un déficit cognitif peut ne pas bien comprendre la demande d'un partenaire de débiter ou d'arrêter une pratique sexuelle. En outre, une personne souffrant d'une démence peut devenir anxieuse, confuse, agitée ou désorientée pendant un acte sexuel, rendant son consentement incertain.<sup>8,20</sup>

Il est évident que le personnel des institutions de soins doit avoir de l'expérience dans la gestion des comportements

sexuels inappropriés liés au trouble cognitif. Les soignants peuvent également être guidés dans leurs stratégies de gestion par la littérature identifiant et examinant des stratégies non pharmacologiques pour un comportement agité, agressif ou inapproprié chez les patients atteints de trouble cognitif.<sup>11,12</sup> La littérature indique quelques stratégies de modification du comportement pour gérer un comportement sexuel inapproprié: distraire, expliquer que le comportement est inapproprié, proposer des activités impliquant l'utilisation des mains, faire porter un pantalon sans fermeture à glissière pour les hommes qui s'exhibent, et installer des barricades avec des alarmes pour éviter de se perdre dans les chambres des autres résidents.<sup>8,23</sup>

Comment prendre en charge la sexualité d'une personne âgée souffrant de troubles cognitifs et comment permettre à cette personne d'exprimer sa sexualité avec aisance et dignité resteront autant de questions et autant de défis pour les soignants travaillant dans les institutions de santé.

## CONCLUSION

Comme nous l'avons déjà vu, la discussion sur la sexualité des personnes âgées soulève de nombreuses préoccupations d'ordres médical, social, psychologique et éthique et de prise en charge. Cela fait partie de son défi et de son intérêt.

Enfin, s'occuper d'un sujet aussi délicat sans que les résidents ou les patients ne se sentent humiliés ou maltraités n'est pas une mission facile. Cet article donne un aperçu général de la

sexualité à l'âge avancé, en particulier dans les institutions, en sachant que la question est complexe et dépasse largement le cadre de cet article. Nous espérons toutefois que celui-ci permettra de sensibiliser le personnel soignant à la question de la sexualité en institution et de manière générale à l'âge avancé, en amenant quelques lumières sur la gestion des problèmes sexuels et des questions difficiles rencontrés dans la pratique quotidienne avec les personnes âgées.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le vieillissement joue un rôle important dans la modification des besoins sexuels et du comportement sexuel
- La décision d'une personne âgée de vivre en institution conduit à la création d'un nouvel environnement qui limite sa vie privée et l'expression de la sexualité
- La sexualité n'est pas systématiquement évaluée dans les institutions de santé
- Les soignants devraient travailler à créer un environnement favorable aux droits sexuels dans les institutions de santé en encourageant l'expression des désirs sexuels
- Les soignants sont souvent confrontés au défi à maintenir un équilibre entre faciliter l'expression sexuelle et assurer la sécurité des résidents dans les institutions

1 Kolodziejczak K, et al. Sexual activity, sexual thoughts and intimacy among older adults: Links with physical health and psychosocial resources for successful aging. *Psychol Aging* 2019;34:389-404.  
 2 DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res* 2012;49:125-41.  
 3 \*Evangelista AR, Moreira ACA, Feitas CASL, et al. Sexuality in old age: knowledge/attitude of nurses of family health strategy. *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03482.  
 4 Dyer K, das Nair R. Why don't health-care professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med* 2013;10:2658-70.  
 5 DeLamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. *J Sex Res* 2005;42:138-49.  
 6 Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005;17(Suppl. 1):S52-6.  
 7 Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based

ethics literature. *Int Psychogeriatr/IPA* 2012;24:346-57.  
 8 \*Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1970-9.  
 9 \*\*McAuliffe L, Bauer M, Fetherstonhaugh D, Chenco C. Assessment of sexual health and sexual needs in residential aged care. *Australas J Ageing* 2015;34:183-8.  
 10 \*\*Tabak N, Shemesh-Kigli R. Sexuality and Alzheimer's disease: can the two go together? *Nursing forum* 2006;41:158-66.  
 11 Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areal PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Arch Inter Med* 2006;166:2182-8.  
 12 Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*

2005;162:1996-2021.  
 13 Shinoda-Tagawa T, Leonard R, Pontikas J, et al. Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *JAMA* 2004;291:591-8.  
 14 Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggress Violent Behav* 2008;13:77-87.  
 15 Teaster PB, Roberto KA. Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes. *Gerontologist* 2004;44:788-96.  
 16 Derouesne C. Comportements dits d'hypersexualité et démences. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009;7:101-8.  
 17 Mendez MF, Shapira JS. Hypersexual behavior in frontotemporal dementia: a comparison with early-onset Alzheimer's disease. *Archi Sex Behav* 2013;42:501-9.  
 18 McCartney JR, Izeman H, Rogers D, Cohen N. Sexuality and the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:331-3.  
 19 Ehrenfeld M, Tabak N, Bronner G, Bergman R. Ethical dilemmas concerning

sexuality of elderly patients suffering from dementia. *Int J Nurs Pract* 1997;3:255-9.  
 20 Wilkins JM. More than capacity: Alternatives for sexual decision making for individuals with dementia. *Gerontologist* 2015;55:716-23.  
 21 Chihowski K, Hughes S. Clinical issues in responding to alleged elder sexual abuse. *J Elder Abuse Negl* 2008;20:377-400.  
 22 Roach SM. Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *J Adv Nurs* 2004;48:371-9.  
 23 Kamel HK. Sexuality in aging: focus on institutionalized elderly. *Ann Long-Term Care* 2001;9:64-72.  
 24 Benbow SM, Haddad PM. Sexual abuse of the elderly mentally ill. *Postgrad Medical J* 1993;69:803-7.

\* à lire  
 \*\* à lire absolument

## QCM D'AUTO-ÉVALUATION

## Testez vos connaissances...

**Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé***(voir article p. 548)*

- 1.** La sexualité est un aspect important dans la vie de la personne âgée. Quel(s) facteur(s) peut (peuvent) avoir une influence directe ou indirecte sur la vie sexuelle à l'âge avancé?
- A.** L'attitude de la famille et des soignants
- B.** Les troubles cognitifs et les maladies psychiatriques
- C.** Les maladies physiques, les douleurs chroniques et la polymédication
- D.** La disponibilité d'un partenaire sexuel et d'un lieu de vie
- E.** Toutes les propositions sont correctes

**Sexualité chez les sujets souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité***(voir article p. 543)*

- 4.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Les études sur la prévalence des comportements sexuels à risque (CSR) chez les patients souffrant de TDAH en comparaison avec la prévalence de CSR dans la population générale:
- A.** Ont clairement démontré une prévalence plus importante de CSR dans la population générale
- B.** Ont rapporté à plusieurs reprises une prévalence plus importante de CRS chez les patients souffrant de TDAH
- C.** Sont très rares
- D.** N'ont jamais été effectuées

**Maladie de Lapeyronie: le point en 2020***(voir article p. 531)*

- 2.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) concernant la maladie de Lapeyronie (MDL)?
- A.** La MDL est toujours associée à une maladie de Dupuytren
- B.** Le diagnostic de MDL est confirmé par l'IRM de la verge
- C.** L'évolution spontanée sans traitement montre le plus souvent une amélioration
- D.** Le traitement chirurgical par plicature ou incision/excision-greffon permet le plus souvent d'avoir la verge droite
- E.** L'implant pénien est indiqué en cas de MDL avec dysfonction érectile résistant au traitement pharmacologique

**Chercher, reconnaître, choisir un partenaire***(voir article p. 522)*

- 5.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte? Les observations de Lorenz sur les oies cendrées et des expériences sur des canards ont montré qu'un objet est adopté comme «objet maternel» selon un seul critère:
- A.** L'odeur
- B.** La température
- C.** Le son
- D.** La couleur
- E.** La mobilité

**Place des implants péniens d'érection dans le traitement de la dysfonction érectile: le point en 2020***(voir article p. 525)*

- 3.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte (s)?
- A.** Les implants péniens d'érection sont considérés comme le gold standard du traitement de la dysfonction érectile à composante organique réfractaire
- B.** Les implants péniens d'érection sont très largement associés à des taux de satisfaction élevés, à des taux de complication bas et à une fiabilité élevée
- C.** La place de l'information préopératoire est fondamentale
- D.** Il s'agit d'une chirurgie simple et peu invasive, qui peut être menée par tous les chirurgiens

Réponses correctes: 1E, 2DE, 3ABC, 4B, 5E

# Traitement de la douleur aiguë: la place du méthoxyflurane inhalé dans la pratique clinique

Dr CARLOS LOJO RIAL<sup>a</sup>, FLORIAN OZAINNE<sup>b,c</sup>, Drs CHRISTOPHE FEHLMANN<sup>d</sup>, STEPHAN VON DÜRING<sup>b,e</sup> et PHILIPPE COTTET<sup>b,d</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 553-6

Depuis 2018, une nouvelle modalité antalgique est disponible en Suisse: le méthoxyflurane. Ce gaz halogéné, contrôlé par le patient-e, offre une antalgie très efficace, comparable aux opiacés. Utilisé depuis les années 1960 en médecine préhospitalière dans les régions d'Australie et de Nouvelle-Zélande, il fait ses preuves en Europe où on l'emploie avec les différents antalgiques habituels dans les situations traumatiques d'urgence. Par son administration inhalée, il ne nécessite aucune perfusion. Ce traitement pourrait être utilisé pour la gestion de douleurs aiguës d'origines diverses, telles que la colique néphrétique, ou encore faciliter différentes procédures, comme la réduction fermée de fracture ou la pose de drains. Son indication thérapeutique est croissante et son utilisation deviendra vraisemblablement commune.

## Acute pain management: the role of inhaled methoxyflurane in clinical practice

Since 2018, a new analgesic drug has been made available in Switzerland: methoxyflurane. This halogenated gas, controlled by the patient, offers a very effective analgesic effect comparable to opiates. Known since the 1960s and used mainly in pre-hospital emergency medicine in Australia and New Zealand, its use in Europe is increasing alongside standard analgesic treatments in the traumatic setting. Administered by inhalation, it does not require an intravenous access, which is ideal in prehospital emergency situations. This treatment could be used for the management of acute pain of various origins, such as renal lithiasis, or to facilitate different procedures, such as closed fracture reduction or chest tube insertion. Its indications are growing and its use will probably become commonplace with clinicians in a near future.

## INTRODUCTION

L'antalgie est un défi permanent en médecine d'urgence, et encore plus en médecine préhospitalière. En effet, la douleur aiguë représente le symptôme principal chez 60 à 80% des patient-e-s consultant aux urgences. Malgré cela, la prise en charge de l'antalgie est souvent sous-optimale, avec une analgésie estimée comme correcte dans moins de 60% des

<sup>a</sup> Emergency Medicine Department, St Thomas' Hospital, London (UK), <sup>b</sup> Service d'ambulance A.C.E. Ambulances, Route de Jussy 2, 1225 Chêne-Bourg, <sup>c</sup> École supérieure de soins ambulanciers, Chemin des Bougeries 15, 1231 Conches, <sup>d</sup> Service des urgences, Département de médecine aiguë, HUG, 1211 Genève 14, <sup>e</sup> Service des soins intensifs, Département de médecine aiguë, HUG, 1211 Genève 14  
lojorial@hotmail.com | florian.ozainne@edu.ge.ch  
christophe.fehlmann@hcuge.ch | stephan.vonduring@hcuge.ch  
p.cottet@ace-ambulances.ch

cas.<sup>1</sup> De nombreuses molécules (dont, entre autres, le paracétamol, les AINS, les opiacés, la kétamine) peuvent être utilisées, sous diverses formes d'administration, avec des avantages et inconvénients très variés.

Le méthoxyflurane est une molécule anesthésique et analgésique ancienne, utilisée depuis plusieurs décennies en Australie et Nouvelle-Zélande et récemment introduite en Europe. Il est principalement employé chez des patient-e-s avec des douleurs traumatiques modérées à sévères, que cela soit en milieu préhospitalier ou hospitalier.<sup>2</sup> Le but de cet article est de revoir l'histoire de ce médicament, son mécanisme physiologique, ses indications et les perspectives qu'il offre.

## HISTORIQUE

Synthétisé à la fin des années 1940 dans le cadre du *Manhattan Project*,<sup>3</sup> le méthoxyflurane est utilisé dès les années 1960 en clinique, comme alternative hypnotique non hépatotoxique à l'halothane. Son utilisation à cette fin diminuera cependant fortement dès 1974, suite à la publication de plusieurs études mettant en évidence un risque de néphrotoxicité grave.<sup>4</sup> Il finira par disparaître dans cette indication.

Dès 1968, conscients des propriétés antalgiques à très petits dosages, Robert Wexler et les laboratoires Abbott développent un premier dispositif pour une auto-administration, appelé «The Analgizer», permettant l'administration rapide et facile de 15 ml de gaz, pour des effets pouvant durer plusieurs heures.<sup>5</sup> Cette auto-administration de méthoxyflurane faiblement dosé à visée antalgique permettra une utilisation très variée: accouchement, changement de pansement chez les brûlé-e-s adultes comme enfants, biopsie de la prostate, colonoscopie ou soulagement de la douleur traumatique en urgences hospitalière et préhospitalière. Il continuera à être utilisé comme antalgique durant plus de 40 ans, majoritairement en Australie et en Nouvelle-Zélande en situations traumatiques, avant de retrouver grâce aux yeux des cliniciens dans les années 2000, suite au développement d'un nouvel inhalateur (figure 1). Depuis, l'utilisation du méthoxyflurane est en progression dans toute l'Europe, principalement au Royaume-Uni.

## ACTION PHYSIOLOGIQUE ET PHARMACOLOGIE

Le méthoxyflurane est un anesthésique volatil incolore du groupe des hydrocarbures fluorés, tels que le sévoflurane ou

**FIG 1** Exemple d'utilisation du méthoxyflurane inhalé

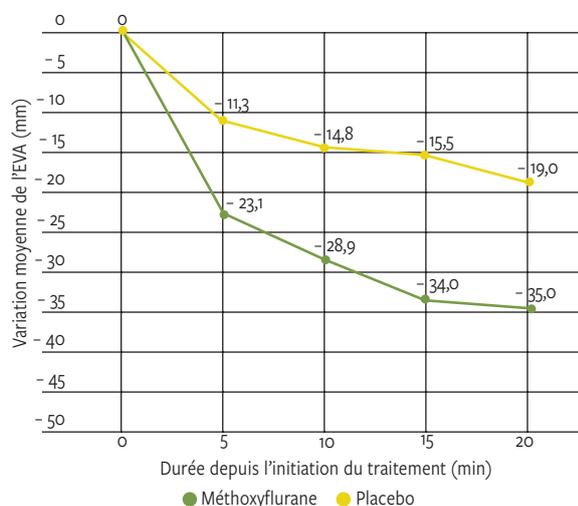


l'isoflurane.<sup>6</sup> Il se distingue des autres anesthésiants halogénés par sa capacité à agir en tant qu'analgésique à de faibles concentrations, soit sub-anesthésiante.<sup>7,8</sup> Cependant, le mécanisme d'action exact n'est toujours pas clairement établi: un changement de l'épaisseur membranaire neuronale est proposé, modulant l'action des canaux sodiques et potassiques voltage-dépendants.<sup>9</sup> Une autre hypothèse est celle d'une influence sur l'activité cérébrale de la substance P et des bêta-endorphines.<sup>10</sup> Très lipophile, avec un coefficient de partage sang/gaz élevé à 13, le méthoxyflurane génère une action analgésique extrêmement rapide (figure 2).<sup>11,12</sup> Sa demi-vie apparente est ainsi de 15 à 20 minutes.<sup>13</sup>

Environ 50 à 70% du méthoxyflurane inhalé est rapidement métabolisé au niveau hépatique par les cytochromes P450 1A2, 2C9/10 et 2D6, responsables d'une défluorination et d'une déméthylation oxydative.<sup>14,15</sup> La part non métabolisée est exhalée sous forme inchangée. Les métabolites hépatiques, principalement le fluorure, l'anion de dichloroacétate et l'acide méthoxydifluoroacétique, sont ensuite excrétés dans les urines.<sup>13</sup>

**FIG 2** Effet thérapeutique du méthoxyflurane comparé au placebo

EVA: échelle visuelle analogique.



(Adaptée de réf.12).

Le méthoxyflurane se présente sous forme d'un liquide (flacon de 3 ml, 4,12 g) qui est placé sur une mèche à l'intérieur d'un inhalateur. Sa vapeur est ainsi inhalée par le-la patient-e à une concentration qui varie entre 0,1 et 0,4% selon la technique utilisée. La Minimal Alveolar Concentration (MAC-heure) est faible, de l'ordre de 0,3.<sup>2</sup> Malgré cette grande efficacité antalgique à faible concentration, la composante sédatrice demeure limitée par une administration discontinuée, une importante liposolubilité et l'absence de pression inspiratoire de vapeur de méthoxyflurane.<sup>16</sup> L'effet clinique est habituellement ressenti après 6-10 inhalations.<sup>6</sup> Les patient-e-s peuvent toutefois ressentir l'apparition de vertiges, et une légère diminution de la tension artérielle ou de la fréquence cardiaque a été constatée, sans instabilité cardiovasculaire.<sup>17</sup> Le risque d'exposition passive au médicament est quasi nul grâce à une chambre expiratoire de charbon actif.

La toxicité rénale des métabolites urinaires a rapidement été signalée,<sup>18</sup> toutefois uniquement lors d'une administration continue et prolongée (au-delà de 2,5 heures avec des taux sériques supérieurs à 50 µmol/l). Ceci représente une MAC-heure plus grande que 2,0.<sup>19,20</sup> L'origine de cette néphrotoxicité n'est pas encore élucidée et serait potentiellement liée à l'action des ions fluorures inorganiques et de l'acide dichloroacétique sur les tubules proximaux, entraînant une insuffisance rénale aiguë polyurique.<sup>21</sup> Cet usage en continu a été totalement abandonné. Aux doses analgésiques recommandées, aucune néphrotoxicité n'a en revanche été rapportée dans la littérature, comprenant une étude de cohorte de plus de 135000 patient-e-s suivi-e-s durant 14 ans.<sup>22</sup> De rares cas de toxicité hépatique sont décrits et résultent probablement d'une origine autoimmune ou en lien avec des prises répétées.<sup>23</sup> Pour ces raisons, la dose maximale est également limitée à 6 ml/24 heures et 15 ml/semaine.<sup>13,24</sup>

## INDICATIONS ET USAGES

Ce dérivé halogéné est indiqué comme première ligne de traitement analgésique pour les patient-e-s souffrant de douleurs modérées à sévères.<sup>24</sup> On retrouve dans ces indications les traumatismes des extrémités, mêmes sévères (fractures ouvertes, perte d'alignement par exemple), les luxations articulaires, les brûlures, les atteintes traumatiques diverses comme les plaies ou les entorses. Dans les cas graves, notamment de patient-e-s conscient-e-s incarcéré-e-s suite à un accident de la voie publique, il peut être utilisé rapidement, sans difficulté et avec une bonne efficacité.<sup>25</sup> D'autres circonstances peuvent rendre l'administration d'analgésie parentérale difficile, comme lors de secours en montagne (difficulté d'accès, de surveillance, d'équipement vasculaire), de conditions météorologiques froides (voie publique, montagne) ou chez des patient-e-s avec un capital veineux altéré, situations dans lesquelles le méthoxyflurane se substitue efficacement aux autres traitements.

En milieu hospitalier, ce gaz peut être employé seul comme analgésique d'urgence pour de nombreuses indications traumatiques ou chirurgicales ambulatoires. Son usage pour les fractures des extrémités ou les luxations se développe rapidement, notamment en Angleterre et en France, où il a été autorisé avant la Suisse, en s'appuyant également sur des

enjeux d'économicité des soins par la réduction de la charge de travail infirmière et des contraintes liées à l'administration d'opiacés (sédation, dépendances). Les temps de séjour raccourcis ou la réduction du temps avant une thérapie antalgique sont également sources de satisfaction pour les patient-e-s.<sup>26</sup>

Bien que reconnu en Suisse exclusivement pour les traumatismes chez les adultes, le méthoxyflurane pourrait être employé à d'autres fins telles que la colique néphrétique, ou encore faciliter certaines procédures, comme la pose de drains ou le drainage d'abcès. Les données de littérature sont certes plus modestes, mais suggèrent une efficacité similaire dans diverses indications médicales.<sup>27-29</sup> Il y a fort à parier que ces indications prendront du temps avant d'être reconnues, un changement de culture étant vraisemblablement déjà nécessaire quant à son mode d'administration, avant d'envisager toute extension des indications ou aux âges pédiatriques.<sup>29</sup>

Les effets indésirables de ce médicament demeurant modérés et peu fréquents (euphorie et psychodyslepsie légères, pouvant être contrôlées par l'administration intermittente, ainsi que des nausées, toux ou inconfort dus à une odeur proche de l'acétate), son usage est simple et susceptible de se généraliser. Les contre-indications auxquelles il conviendra d'être particulièrement attentif sont les insuffisances rénale ou hépatique sévères, ainsi que les antécédents d'accident anesthésique (hyperthermie maligne). L'administration de protoxyde d'azote a déjà entraîné les équipes à veiller à ce type de contre-indications.

## PERSPECTIVES

Le méthoxyflurane est un médicament disposant d'un fort potentiel, principalement en médecine d'urgence pré et intrahospitalière. Il n'en reste pas moins qu'il ne devrait pas avoir pour vocation de remplacer l'ensemble des antalgiques actuellement utilisés et de devenir l'unique moyen thérapeutique. Au contraire, il devrait enrichir une approche d'antalgie multimodale et être indiqué dans les situations où il apporte un avantage déterminant, comme les situations avec de nombreux patient-e-s, les milieux difficiles d'accès, les

patient-e-s avec des allergies ou dépendance documentées aux opiacés nécessitant une antalgie puissante, ou encore les situations dans lesquelles un abord veineux périphérique n'est pas possible.

D'un point de vue financier, son prix reste plus élevé que les médicaments usuels, bien que l'impact global sur les prises en soin devra faire l'objet d'évaluations. Son ajout sur la liste des spécialités par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est à ce jour toujours en suspens, l'OFSP ayant émis un premier refus, arguant de l'existence «de médicaments alternatifs et bien documentés pour traiter la douleur liée au traumatisme».

## CONCLUSION

Le méthoxyflurane, par son efficacité et sa simplicité d'utilisation, son profil pharmacologique rassurant et son faible taux d'effets secondaires, est l'un des antalgiques de choix dans le contexte traumatique. Suite à sa récente mise sur le marché en Suisse, son utilisation deviendra probablement de plus en plus conséquente ces prochaines années.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le méthoxyflurane inhalé offre une antalgie efficace dans les cas traumatiques, comme les fractures ou luxations
- Son utilisation simple permettant une auto-administration par les patient-e-s est particulièrement avantageuse dans certaines situations d'urgences (patient-e-s multiples, accès difficile, contraintes liées à l'équipement vasculaire, etc.)
- L'administration de méthoxyflurane ne nécessite pas d'accès veineux et n'entraîne pas de sédation exigeant un monitoring continu, ce qui rend son administration aisée et sécuritaire. Il peut participer à la réduction de l'usage des opiacés

1 Albrecht E, et al. Undertreatment of acute pain (oligoanalgesia) and medical practice variation in prehospital analgesia of adult trauma patients: a 10 yr retrospective study. *Br J Anaesth* 2013;110:96-106.  
 2 Porter KM, et al. The role of inhaled methoxyflurane in acute pain management. *Open Access Emerg Med* 2018;10:149-64.  
 3 Miller WT, Fager EW, Griswold PH. The addition of methyl alcohol to fluoroethylenes. *J Am Chem Soc* 1948;70:431-2.  
 4 Mazze RI. Methoxyflurane revisited: tale of an anesthetic from cradle to grave. *Anesthesiology* 2006;105:843-6.  
 5 Wexler R. Analgizer – Inhaler for supervised self-administration of inhalation anesthesia. 1948 [cited 2019 27.06.2019]; Available from: <https://trademark.trademarkia.com/analgizer-72302697.html>

6 \*\*Blair HA, Frampton JE. Methoxyflurane: a review in trauma pain. *Clin Drug Investig* 2016;36:1067-73.  
 7 Marx GF, Chen LK, Tabora JA. Experiences with a disposable inhaler for methoxyflurane analgesia during labour: clinical and biochemical results. *Can Anaesth Soc J* 1969;16:66-71.  
 8 Oyegunle AO. Clinical evaluation of methoxyflurane administered through a disposable vaporizer ("Analgizer"). *Niger Med J* 1978;8:141-4.  
 9 Elliott JR, et al. Effects of general anaesthetics on neuronal sodium and potassium channels. *Gen Pharmacol* 1992;23:1005-11.  
 10 Karuri AR, et al. Effects of halothane and methoxyflurane on regional brain and spinal cord substance P-like and beta-endorphin-like immunoreactivities

in the rat. *Brain Res Bull* 1998;45:501-6.  
 11 Grindlay J, Babl FE. Review article: efficacy and safety of methoxyflurane analgesia in the emergency department and prehospital setting. *Emerg Med Australas* 2009;21:4-11.  
 12 \*\*Coffey F, et al. STOP!: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of methoxyflurane for the treatment of acute pain. *Emerg Med J* 2014;31:613-8.  
 13 Dayan AD. Analgesic use of inhaled methoxyflurane: Evaluation of its potential nephrotoxicity. *Hum Exp Toxicol* 2016;35:91-100.  
 14 Kharasch ED, Thummel KE. Identification of cytochrome P450 2E1 as the predominant enzyme catalyzing human liver microsomal defluorination of sevoflurane, isoflurane, and methoxyflurane. *Anesthesiology* 1993;79:795-807.

15 Mazze RI, Cousins MJ, Kosek JC. Strain differences in metabolism and susceptibility to the nephrotoxic effects of methoxyflurane in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 1973;184:481-8.  
 16 \*Abdullah WA, Sheta SA, Nooh NS. Inhaled methoxyflurane (Penthrox) sedation for third molar extraction: a comparison to nitrous oxide sedation. *Aust Dent J* 2011;56:296-301.  
 17 \*\*Jephcott C, et al. A review of the safety and efficacy of inhaled methoxyflurane as an analgesic for outpatient procedures. *Br J Anaesth* 2018;120:1040-8.  
 18 Crandell WB, Pappas SG, Macdonald A. Nephrotoxicity associated with methoxyflurane anesthesia. *Anesthesiology* 1966;27:591-607.  
 19 Cousins MJ, Mazze RI. Methoxyflurane nephrotoxicity. A study of dose response

in man. JAMA 1973;225:1611-6.

20 Reichle FM, Conzen PF, Peter K. Nephrotoxicity of halogenated inhalational anaesthetics: fictions and facts. Eur Surg Res 2002;34:188-95.

21 Kharasch ED, et al. New insights into the mechanism of methoxyflurane nephrotoxicity and implications for anesthetic development (part 2): Identification of nephrotoxic metabolites. Anesthesiology 2006;105:737-45.

22 \*\*Jacobs I. Health effects of patients given methoxyflurane in the pre-hospital

setting: a data linkage study. The Open Emergency Medicine Journal 2010;3:7-13.

23 O'Rourke KM, McMaster S, Lust KM. A case of hepatitis attributable to repeated exposure to methoxyflurane during its use for procedural analgesia. Med J Aust 2011;194:423-4.

24 <https://compendium.ch/mpro/mnr/28715/html/fr#7100>. Compendium Suisse des Médicaments: p. Accès avril 2019.

25 \*Buntine P, et al. Prehospital analgesia in adults using inhaled methoxyflurane.

Emerg Med Australas 2007;19:509-14.

26 Thomas SH. Management of pain in the emergency department. ISRN Emergency Medicine 2013;2013:19.

27 Nguyen NQ, et al. Patient-controlled analgesia with inhaled methoxyflurane versus conventional endoscopist-provided sedation for colonoscopy: a randomized multicenter trial. Gastrointest Endosc 2013;78:892-901.

28 \*Johnston S, et al. Inhaled methoxyflurane and intranasal fentanyl for prehospital management of visceral pain in an

Australian ambulance service. Emerg Med J 2011;28:57-63.

29 Babl F, et al. A pilot study of inhaled methoxyflurane for procedural analgesia in children. Paediatr Anaesth 2007;17:148-53.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Connaissances et pratiques liées à la dépression périnatale en Suisse romande

## Résultats d'une enquête menée en région fribourgeoise

MURIELLE BRESSOUD et NATHALIE NANZER

Rev Med Suisse 2020; 16: 557-60

### INTRODUCTION

Durant la période périnatale, les femmes doivent faire face à de nombreux remaniements physiques et psychiques, sources de grande vulnérabilité. À cela peuvent s'ajouter d'autres facteurs de types personnel (antécédents psychiatriques, histoire familiale...) ou environnemental (isolement social, conflits de couple, pauvreté...). La prévalence de la dépression prénatale se situe à environ 20%<sup>1</sup>; la dépression postnatale affecte en moyenne 17%<sup>2</sup> des femmes, avec un pic au cours du 3<sup>e</sup> mois suivant l'accouchement, mais elle peut également apparaître plus tard, jusqu'à 12 à 18 mois après la naissance de l'enfant.

Malheureusement, dans deux tiers des cas, la dépression n'est pas dépistée,<sup>3</sup> ce qui peut être expliqué par différents facteurs. Premièrement, il est difficile de distinguer les signes d'une dépression de ceux, normaux, liés à la fatigue et à la période d'ajustement entourant la naissance du bébé.<sup>4</sup> Deuxièmement, les mamans ont tendance à masquer leur mal-être, car elles éprouvent de la honte et de la culpabilité à se sentir mal alors qu'aux yeux de la société, elles auraient tout pour être heureuses; elles craignent aussi fréquemment de se voir prescrire des médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement. Troisièmement, les dépressions se déclarent souvent alors que les interventions des sages-femmes et du gynécologue ont cessé. Certains professionnels hésitent à se renseigner sur l'état émotionnel de leur patiente, ne sachant que leur proposer en cas de difficultés.

Dans 30% des cas, une dépression non dépistée et non soignée peut se chroniciser et évoluer de manière larvée. Dans ce cas, la dépression a une influence particulièrement négative sur le bébé et les autres

membres de la famille. La maman tend à intégrer une image négative d'elle-même et à manquer de disponibilité psychique pour s'occuper de son enfant. Le bébé peut développer des troubles divers: pleurs excessifs, troubles du sommeil, de l'alimentation, du développement, etc.

Il est donc essentiel de dépister et soigner ces dépressions, car elles sont sources de grandes souffrances tant pour la maman que pour son entourage et peuvent avoir des répercussions importantes sur la relation avec le bébé et le développement de ce dernier.

L'enquête présentée ici cherche à mettre en lumière la façon dont cette problématique est connue et traitée sur le terrain en Suisse romande, et plus précisément dans la région du Grand Fribourg (Fribourg et son agglomération). Elle constitue le résultat d'un travail de mémoire du CAS (Certificate of Advanced Studies) en périnatalité et petite enfance.<sup>5</sup> Nous y avons étudié comment les professionnels, sages-femmes et pédiatres, abordaient la question de la dépression du point de vue de la prévention, du dépistage et de la collaboration avec le réseau, et comment ces questions étaient perçues par les jeunes mamans. Nous avons également mentionné les manques en termes de prévention et de ressources relevés par les professionnels et par les mamans. Pour terminer, nous avons proposé des pistes pour pallier les différents manques constatés.

### MÉTHODOLOGIE ET POPULATION

Pour réaliser notre enquête, nous avons choisi d'interroger des sages-femmes et des pédiatres: des sages-femmes, car ce sont les professionnelles les plus proches des mamans durant la période périnatale; des pédiatres, car ce sont les médecins les

plus consultés durant l'année qui suit la naissance. Nous avons également interrogé des mamans ayant accouché récemment.

La récolte des données a été effectuée au moyen de trois questionnaires différents, adaptés aux caractéristiques de chaque groupe. Le questionnaire à l'attention des sages-femmes a été diffusé par le secrétariat de l'Association des sages-femmes du canton de Fribourg. Il a été adressé à toutes les sages-femmes indépendantes et hospitalières du canton de Fribourg faisant partie de l'association, mais il a été demandé que seules les sages-femmes indépendantes actives dans le Grand Fribourg y répondent, ce qui représente environ 51 sages-femmes. Nous avons obtenu 17 réponses entre le 13.11.2017 et le 18.12.2017.

Le questionnaire à l'attention des pédiatres a été adressé à 19 pédiatres de la ville de Fribourg. 5 pédiatres y ont répondu entre le 05.12.2017 et le 28.12.2017.

Le questionnaire à l'attention des mamans a été diffusé aux mamans de notre entourage ayant accouché à Fribourg au cours des deux dernières années et qui habitent à Fribourg ou dans l'agglomération. Il leur a été demandé de faire suivre le questionnaire à d'autres mamans répondant à ces critères. Nous avons obtenu 25 réponses entre le 11.02.2018 et le 23.03.2018.

### RÉSULTATS

Les résultats principaux des trois questionnaires sont regroupés dans le **tableau 1**.

### DISCUSSION

La grande majorité des professionnels ont dit porter une attention particulière au risque de dépression chez les femmes qu'ils côtoyaient, et aborder cette question

TABLEAU 1

## Principaux résultats des questionnaires

DPN: dépression périnatale; SF: sage-femme; M/B: mère/bébé; PN: périnatalité.

	Questions	Sages-femmes	Pédiatres	Mamans
Prévention	Abordez-vous la question de la DPN avec les femmes?	82% Oui 18% Parfois		
	Portez-vous une attention particulière au risque de dépression chez toutes les femmes?	88% Oui 12% Non	100% Oui	
	Avez-vous suivi une préparation à l'accouchement?			88% Oui 12% Non
	Connaissez-vous la différence entre baby-blues et DPN?			56% Oui, approximativement 12% Oui, précisément 32% Non
	Pendant votre grossesse, avez-vous entendu parler du risque de DPN?			72% Oui 28% Non
	Où en avez-vous entendu parler? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)			64% Dans mon entourage 54% Dans les médias 14% Aux cours de préparation à l'accouchement. 9% Chez le gynécologue et chez la SF indépendante 5% À la maternité
Dépistage	Vous sentez-vous assez «outillée» pour dépister la dépression?	71% Oui 29% Non		
	Proportion de femmes en dépression dans votre patientèle ces 2 dernières années	50% A répondu 5% 50% A répondu moins de 5%		
	Avez-vous connu des épisodes dépressifs (tristesse, épuisement, sentiment d'être incapable...) pendant 2 semaines ou plus?			28% Pendant la grossesse 56% Dans les 6 semaines après l'accouchement 40% Au-delà des 6 semaines après l'accouchement
Ressources	Vous sentez-vous suffisamment «outillée» pour orienter une femme en dépression?	59% Oui 29% Parfois 12% Non		
	Quelles sont les ressources? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)	65% Psychothérapeute 59% Gynécologue 53% Médecin traitant 29% Office familial 24% Psychiatre 18% Centre pédopsychiatrique ou centre psychosocial 12% Pédopsychiatre	80% SF indépendante et/ou médecin traitant 60% Psychiatre 40% Pédopsychiatre 20% Gynécologue, psychothérapeute ou centre pédopsychiatrique	
	Auprès de qui avez-vous trouvé du soutien?			77% Entourage 59% SF 35% Psychologue, psychothérapeute, psychiatre, pédopsychiatre 12% Médecin (gynécologue, pédiatre, généraliste) et puéricultrices
	Disposez-vous de listes avec des contacts que vous pouvez appeler?	35% Oui 53% Non 12% Pas de réponse	60% Oui 40% Non	
	Est-ce que les ressources vous paraissent suffisantes?	53% Oui 47% Non	80% Oui 20% Non	
Manques	Quels sont les manques dans la prise en charge? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)	88% Structures d'accueil M/B hospitalières 58% Psychiatres/ pédopsychiatres formés en PN et réseaux d'entraide 53% Psychothérapeutes formés en PN 35% Groupes de parole pour les parents 18% Personnes formées pour soutenir le lien M/B	60% Structures d'accueil M/B hospitalières et psychiatres/ pédopsychiatres formés en PN 40% Psychothérapeutes formés en PN, réseaux d'entraide et groupes de parole pour les parents 20% Personnes formées pour soutenir le lien M/B	80% Infos sur les ressources à disposition 72% Infos sur le baby-blues et la DPN 64% Aide concrète 56% Groupes de parole 52% Préparation aux bouleversements que représente la venue d'un enfant 20% Préparation relative aux besoins d'un bébé

avec elles. Le vécu de ces dernières était différent: alors que 88% des femmes interrogées avaient suivi un cours de préparation à l'accouchement, 32% ne connaissaient pas du tout la différence entre dépression et baby-blues et seules 12% se sont dites bien informées. Autre fait surprenant, les mamans avaient entendu parler de dépression essentiellement par le biais de leur entourage et des médias; très peu par le biais médical. Nous avons proposé deux hypothèses pour comprendre ce décalage entre les réponses des professionnels et celles des mamans: il est possible que les professionnels n'abordent pas aussi clairement la question que ce qu'ils pensent ou disent, il se peut aussi que les futures mamans ne retiennent pas certaines informations, leurs préoccupations pendant la grossesse étant essentiellement orientées vers l'accouchement.<sup>6</sup>

Quant au dépistage, le pourcentage de femmes ayant souffert d'une dépression postnatale détecté par les sages-femmes se situait en dessous de ce que montre la littérature. Les raisons exposées précédemment pourraient expliquer ce résultat, de même que le fait que 30% des sages-femmes ne se sentaient pas suffisamment outillées pour dépister la dépression.

Les pédiatres jouent un rôle important dans le dépistage de la dépression périnatale. Malheureusement, ils ont été peu nombreux à avoir répondu au questionnaire et parmi ceux qui y ont répondu, 60% ont dit aborder la question uniquement chez les mamans présentant déjà des signes de dépression.

Nous avons noté que les mamans qui avaient répondu au questionnaire étaient nombreuses à s'être senties déprimées (tristesse, épuisement, manque d'énergie, sentiment de culpabilité, d'être dépassée ou incapable pendant 2 semaines ou plus) au cours de leur grossesse ou dans le post-partum précoce.

Concernant les ressources, les sages-femmes indépendantes occupent une place importante pour le suivi et l'orientation des femmes en dépression vers d'autres structures. Les mères ont mentionné que ce sont les professionnelles qui se préoccupaient le plus de leur état émotionnel. Lorsqu'elles devaient orienter des mamans vers d'autres professionnels, les sages-femmes les adressaient principalement vers un psychothérapeute, un gynécologue ou le médecin traitant. Les autres, notamment les pédiatres, se tournaient soit vers les sages-femmes indépendantes, soit directement vers des psychiatres ou pédopsychiatres lorsqu'ils avaient affaire à

une maman en situation de dépression.

D'après les mamans interrogées, la première ressource signalée était l'entourage, la deuxième, leur sage-femme indépendante et la troisième, un psychologue, psychothérapeute, psychiatre ou pédopsychiatre.

Les médecins traitants étaient souvent consultés en cas de dépression. La plupart des pédiatres et la moitié des sages-femmes adressaient les mamans en difficulté à leur médecin traitant. Certaines patientes suivies par le psychothérapeute recevaient un traitement prescrit par leur médecin traitant.

Le manque le plus important relevé par tous les professionnels était la possibilité d'hospitaliser les mamans avec leur bébé; le second était relatif au manque de psychiatres, de pédopsychiatres et de psychothérapeutes formés en périnatalité.

Les mamans ont surtout relevé le manque d'informations sur les ressources à disposition en cas de difficultés, sur le baby-blues et la dépression, un manque d'aide concrète et de groupes de parole pour échanger avec d'autres parents autour d'une problématique.

## PROPOSITIONS

Les constatations faites lors de cette enquête nous amènent à proposer différentes pistes pour les professionnels et pour les parents, afin de pallier les manques constatés. Tout d'abord, il est important que les professionnels intervenant durant la période périnatale et les médecins généralistes soient sensibilisés à la fréquence de la dépression périnatale et au fait qu'elle peut toucher n'importe quelle femme. Chaque professionnel de la santé en contact avec des futurs ou jeunes parents devrait s'enquérir de leur état émotionnel de manière active, y compris en l'absence de signe évident de dépression, ceci afin de contribuer à mieux dépister cette pathologie encore sous-diagnostiquée et sous-traitée. Une formation spécifique des professionnels est essentielle pour qu'ils se sentent outillés pour dépister, suivre ou orienter les femmes en situation de dépression. Des formations ont été développées à cet effet par les universités romandes (CAS en périnatalité et petite enfance dispensé à l'Université de Lausanne), les centres hospitaliers ou les Hautes écoles de santé. La réalisation de dépliants avec mention des professionnels ou des services à même de soutenir des mamans en difficulté serait une aide précieuse, autant pour les professionnels que pour les parents.<sup>7</sup>

Des entretiens périnataux sur le modèle

genevois,<sup>8</sup> accessibles à toutes les femmes, avec questionnaire de dépistage de la dépression et informations précises sur les signes de baby-blues et de dépression, constitueraient un moyen efficace pour dépister les fragilités et les ressources psychiques des futurs parents. Des entretiens post-partum en maternité ou en maison de naissance avec chaque maman pour évaluer son état psychique, le vécu de l'accouchement, de l'allaitement et le développement du lien avec son bébé, permettraient de déceler des signes précurseurs de dépression. Actuellement, des groupes de soutien pour les mamans rencontrant des difficultés dans la période périnatale se développent à Fribourg. Ces groupes offrent un espace de parole aux mamans et l'occasion de rencontrer d'autres mamans partageant un vécu similaire.

Les unités mère-enfant sont des ressources précieuses et encore trop rares en Suisse. Elles permettent d'offrir des soins s'adressant tant à la mère qu'à l'enfant et qu'au lien entre eux.

## CONCLUSION

Bien que la dépression soit un thème d'actualité dont les différents professionnels se préoccupent, il reste encore un important travail à effectuer sur le plan de l'information et de l'attention portée aux risques de dépression chez les femmes qui consultent durant la période périnatale.

Tout professionnel de la santé devrait se montrer vigilant avec ces mamans, notamment avec celles qui ne présentent pas de signe apparent de dépression, avec une attention particulière aux femmes isolées socialement et aux familles migrantes. À Fribourg, comme ailleurs en Suisse romande, plusieurs professionnels et services sont à même d'offrir un soutien en cas de dépression périnatale ou d'orienter les mamans vers d'autres structures. Malheureusement, ces différentes ressources ne sont pas toujours connues par les professionnels ou les parents.

La période périnatale est une période sensible, présentant un risque élevé de dépression. En apportant le soutien et l'aide nécessaires, de manière précoce, aux parents en difficulté, la situation peut rapidement évoluer favorablement, épargnant à toute la famille des évolutions chroniques négatives très coûteuses d'un point de vue médical, social et financier.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 De Noose L, Garnier S, Richelle J, et al. Dépression prénatale et engagement thérapeutique : Approche clinique et projective. *Psychologie Clinique et Projective* 2011;1:159-87.
- 2 \* Shorey S, Chee CYI, NG ED, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers : a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;104:235-48.
- 3 \*\* Nanzer N. La dépression postnatale. *Sortir du silence*. Lausanne : Éditions Favre, 2009;p. 145.
- 4 Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)* 2003;12:373-80.
- 5 Bressoud M. La dépression périnatale. État de la question à Fribourg et dans son agglomération. Travail de

mémoire pour un CAS (Certificate of Advanced Studies) en périnatalité et petite enfance, à l'UNIL. Lausanne : Université de Lausanne 2018;10.

6 \* Razurel Ch, Bruchon-Schweitzer M, Dunpanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011;27:237-42.

7 \*\* Molénat F. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Bruxelles : Editions Yapaka.be, 2012;p.51-2.

8 \*\* Nanzer N, Epiney M. Entretien prénatal genevois : préparer à la parentalité et dépister les troubles émotionnels. *Rev Med Suisse* 2013;9:1841-5.

\* à lire

\*\* à lire absolument

---

**MURIELLE BRESSOUD**

Route de Singine 10, 1700 Fribourg  
 murielleb@bluewin.ch

---



---

**DR NATHALIE NANZER**

Unité guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Chemin des Crêts-de-Champel 41, HUG, 1206 Genève  
 nathalie.nanzer@hcuge.ch

---

# La dépendance à l'alcool

En Suisse, près de 25% de la population adulte dépasse la ligne rouge fixée par l'OMS en matière de consommation d'alcool. Avec le temps, la consommation d'alcool peut parfois devenir excessive. Lorsque la dépendance est présente, les conséquences sont physiques, mais aussi psychiques et sociales.

En Suisse, environ **1** personne **sur 10** déclare consommer de l'alcool quotidiennement (9,4%).

**1** personne sur **2** en consomme au moins une fois par semaine.

Source : Addiction Suisse

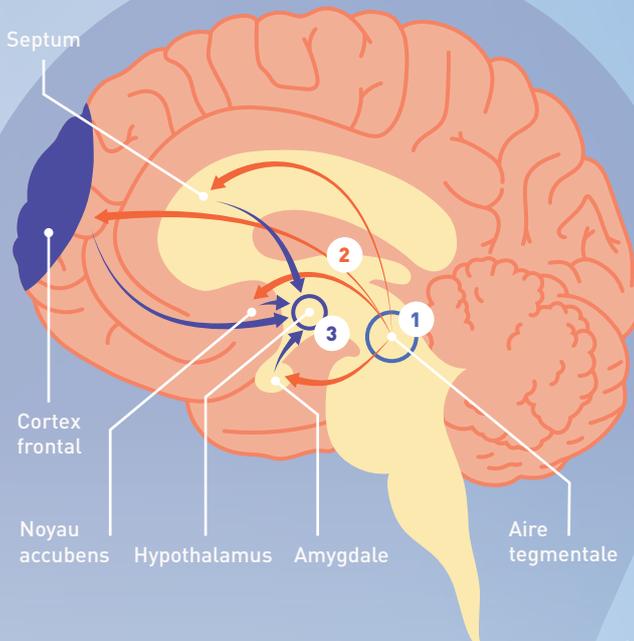
## LE SYSTÈME DE RÉCOMPENSE

Zones du cerveau impliquées dans le circuit de la récompense

**1** De la dopamine (hormone du plaisir) est synthétisée par les neurones de l'aire tegmentale.

**2** Sous l'effet du signal de récompense, les neurones de l'aire tegmentale libèrent de la dopamine dans 4 autres aires cérébrales interconnectées: le noyau accubens, le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal.

**3** Ces zones informent l'hypothalamus (aire finale du circuit) de l'action plaisante de l'alcool.



## Effets de l'alcool

Quand on boit de l'alcool, cela provoque la libération d'un neurotransmetteur, la dopamine, par certains neurones de l'aire tegmentale. C'est la première étape du circuit de la récompense.

Le cerveau enregistre que le fait de boire de l'alcool procure des sensations agréables: on se sent léger, on entre facilement en contact, on oublie ses soucis, etc.

Mais, chaque fois qu'on boit de l'alcool, le même processus se répète dans le système de récompense. Le cerveau associe alors alcool et bien-être.

Plus on consomme souvent de l'alcool, plus cette expérience s'inscrit profondément dans le cerveau. Et cela jusqu'à ce que le cerveau finisse par « attendre » l'alcool lorsqu'on se retrouve dans une situation associée avec sa consommation.

## Les critères de la dépendance

Le diagnostic est posé si trois de ces six critères ont été présents durant un mois lors de la dernière année.

- Envie compulsive de boire
- Augmentation des doses pour avoir le même effet (tolérance)
- Sensation de manque à l'arrêt (sevrage)
- Perte de contrôle (boire plus et plus souvent que prévu)
- Poursuite de consommation malgré les effets négatifs
- Diminution des activités habituelles au profit de la consommation

## SEUIL DE LA CONSOMMATION À RISQUE

### Calcul de l'alcoolémie

(résultat en grammes par litre de sang)



Poids de l'alcool (en grammes)

Poids de l'alcool (en grammes)

Poids (en kilo) x 0.7

Poids (en kilo) x 0.6

### Consommation non problématique selon l'OMS

Moins de deux verres par jour pour les femmes

Moins de trois verres par jour pour les hommes

### Consommation chronique problématique selon l'OFSP

A partir de 20 g par jour pour les femmes

A partir de 40 g par jour pour les hommes

### Quantités d'alcool équivalentes

1 verre standard = 10 grammes d'alcool pur



Vin 12° (10cl)



Bière 5° (25cl)



Whisky 40° (3cl)



Champagne 12° (10cl)



Apéritif 18° (7cl)



Pastis pur 45° (3cl)

planète santé

## PLAGIOCÉPHALIE ET MORT INATTENDUE: COUCHEZ LES BÉBÉS SUR LE DOS

JEAN-YVES NAU  
jeanyves.nau@gmail.com

Il est des malformations qui peuvent susciter des controverses; des controverses qui permettent de mieux éclairer le sujet, de mieux informer et, au final, de prévenir. Ainsi, les plagiocéphalies, ces déformations du crâne de l'enfant caractérisées par une asymétrie donnant à la tête une forme oblique - on parle ici, communément, de «bébé à tête plate».

C'était il y a trois ans, en France.<sup>1</sup> L'association de patients «Le Lien» alertait alors la Haute Autorité française de Santé (HAS), attirant son attention sur une «sous-estimation du nombre de cas de plagiocéphalies» et ses conséquences. Elle estimait que trois mille enfants âgés de plus de deux ans et demi présentaient, en France une plagiocéphalie et que ce phénomène était lié à la diffusion de masse des recommandations de couchage sur le dos des enfants depuis les années 1990. Elle évoquait des troubles de gravités diverses, avec parfois des dégâts importants du développement psychique, cérébral ou physique du nourrisson.

À l'inverse, les pédiatres de l'association Ancrecim (Association des centres référents sur la mort inattendue du nourrisson) craignaient alors que l'agitation médiatique autour des «bébés à tête plate» incite les parents à ne plus respecter la règle du couchage sur le dos qui évite chaque année des morts subites. Une crainte relayée par l'association «Naître et vivre» (association de lutte contre la mort inattendue du nourrisson) qui parlait de «grave désinformation médiatique».

Cette association rappelait que les précautions de couchage diffusées depuis vingt-cinq ans avaient permis, en France comme partout dans le monde, de réduire de 75% le nombre de morts subites du nourrisson. «Elles ont été établies à partir de multiples études scientifiques, épidémiologiques et physiopathologiques publiées depuis trente ans, soulignait-elle.»

Trois ans plus tard, la HAS vient de rendre ses conclusions quant aux plagiocéphalies. Et elle publie, avec le Conseil National français Professionnel de Pédiatrie (CNPP), une «recommandation de bonne pratique» pour prévenir leur apparition et décrire leur prise en charge.<sup>2</sup> Y est réaffirmé «avant toute chose», à cette occasion, l'importance qu'il convient d'accorder au fait de «coucher les bébés sur le dos, seul moyen de prévenir la mort subite du nourrisson».

Le principal facteur de risque est ici le couchage en position ventrale (risque d'enfouissement, d'hyperthermie et de confinement respiratoire) et latérale (risque de basculement sur le ventre). Outre la réaffirmation de l'impératif qu'est le couchage sur le dos, les deux institutions décrivent également comment rassurer les parents, prévenir la plagiocéphalie, et quelle prise en charge mettre en œuvre en cas d'apparition de cette pathologie bénigne.

«Les plagiocéphalies chez les bébés sont une source d'inquiétude pour les parents, reconnaît la HAS. Il faut pourtant les rassurer car ces déformations crâniennes sont bénignes et n'ont pas de conséquence autre qu'esthétique: les données scienti-

fiques montrent qu'il n'y a pas de lien de causalité entre une plagiocéphalie et un retard neurodéveloppemental, des troubles spécifiques ophtalmologiques, oculomoteurs ou vestibulaires. De plus, dans la très grande majorité des cas, les déformations crâniennes disparaissent à l'âge de 2 ans grâce à la mobilité spontanée qu'il faut préserver.»

Pour la HAS et le CNPP, aucun doute: dans tous les cas, les professionnels intervenant auprès des nourrissons et de leurs parents doivent aborder le sujet avec ces derniers. Cet échange permettra d'expliquer les mesures de prévention de la plagiocéphalie et de leur délivrer des conseils avant et après la naissance du bébé, surtout dans les six premiers mois de vie lorsque le crâne est le plus malléable.

«Si le couchage sur le dos reste la position à adopter quand le nourrisson dort, le reste du temps il ne doit pas être constamment immobilisé pour éviter qu'il n'appuie sa tête toujours du même côté, peut-on lire dans la recommandation. Au quotidien, les parents sont donc les principaux acteurs de la prévention de cette déformation». La HAS leur recommande de laisser leur enfant libre de ses mouvements, notamment pour que son cou soit mobile - y compris sur le ventre lorsqu'il est éveillé et à condition qu'il soit surveillé. Elle préconise également de varier les postures du nourrisson et d'encourager les rotations spontanées de sa tête grâce à des sollicitations sensorielles (tactiles, visuelles, auditives).

En revanche, la HAS pointe les effets délétères des «cales-tête», «siège-coques», «coussins anti-tête plate» etc. - autant d'objets qui se sont multipliés dans l'environnement des bébés mais «qui les empêchent de bouger librement». «Les matériels de contention sont inutiles, délétères et dangereux car ils peuvent favoriser le retournement ventral et augmentent le risque de décès asphyxique par enfouissement, souligne-t-elle. Les objets (doudous, peluches, couettes, couvertures, etc.) pouvant recouvrir, étouffer ou confiner l'enfant sont à proscrire. Tous les «tours de lit» sont dangereux car ils confinent l'air inhalé par l'enfant et augmentent le risque d'enfouissement et d'hyperthermie.»

**CES  
DÉFORMATIONS  
CRÂNIENNES  
SONT BÉNIGNES  
ET N'ONT PAS DE  
CONSÉQUENCE  
AUTRE  
QU'ESTHÉTIQUE**



En pratique, il est donc recommandé de coucher systématiquement le nourrisson sur le dos et dans un lit adapté: sur un matelas ferme dans un lit à barreaux, installé dans une turbulette adaptée, sans oreiller, ni couette ni couverture, avec une température ambiante modérée (18-20°); idéalement dans la chambre des parents les six premiers mois de vie; sans partage du lit parental et (faudrait-il le rappeler?) sans exposition au tabac.

Concrètement, lorsqu'une plagiocéphalie survient chez un nourrisson, la HAS recommande aux parents d'éviter l'appui de la partie aplatie de la tête et de favoriser des moments pendant lesquels le nourrisson va pouvoir bouger. Il est aussi préconisé, en complément, de consulter un médecin qui pourra prescrire des soins de kinésithérapie au plus tôt – notamment dans le cas où l'enfant présente un torticolis.<sup>3</sup>

Que faire en l'absence d'amélioration de la déformation crânienne après une prise en charge adaptée? Le médecin consulté doit alors orienter l'enfant tôt (si possible dès la fin du premier semestre) vers un centre de compétences ou de référence des malformations craniofaciales. Dans ces rares cas de formes sévères, une déformation crânienne peut être un symptôme évocateur d'un trouble sous-jacent. Ces centres vont alors permettre l'intervention de neurochirurgiens, de chirurgiens maxillo-faciaux ou plastiques pédiatriques. Ce sont eux qui sont à même de prescrire, de manière exceptionnelle, une orthèse crânienne au bébé.

Ajoutons qu'aucune donnée actuelle de la littérature ne permet de conclure à un lien de causalité entre déformations crâniennes positionnelles et retard neurodéveloppemental, troubles spécifiques ophtalmologiques, oculomoteurs ou vestibulaires. Leur principal facteur de risque est la limitation de la motricité libre et spontanée du nourrisson par défaut de mobilité propre ou par contrainte environnementale externe.

1 Nau JY. Mort subite du nourrisson et «bébés à tête plate». Rev Med Suisse 2017;13:1630-1.

2 Prévenir la plagiocéphalie sans augmenter le risque de mort inattendue du nourrisson, communiqué de presse et recommandations de bonne pratique. Haute Autorité française de Santé, 5 mars 2020.

3 La HAS précise que le test de la chaise après l'âge de deux mois peut aider au diagnostic d'un torticolis. Le soignant s'assoit sur une chaise ou un tabouret rotatif et tient l'enfant face aux parents. Tandis que les parents tentent d'intéresser l'enfant, le soignant pivote avec l'enfant sur la chaise ou le tabouret d'un quart de tour, d'un côté puis de l'autre, et observe les mouvements spontanés de la tête de l'enfant. En l'absence de torticolis, le nourrisson devrait pouvoir tourner la tête et garder un contact visuel avec son parent.

## CARTE BLANCHE



### Pr Christophe Luthy

Service de médecine interne de réhabilitation de Beau-Séjour HUG, 1211 Genève 14  
christophe.luthy@hcuge.ch

## LA PLÂTRIÈRE

Il y a un certain nombre d'années, en tant que stagiaire médecin, j'ai travaillé durant plusieurs semaines dans la salle de plâtre d'un grand hôpital universitaire. Ce n'est qu'après avoir obtenu mon diplôme que j'ai compris combien cette expérience avait constitué pour moi rien de moins qu'une expérience fondatrice. Et puisque cette dernière est au cœur même de notre travail de clinicien, je veux tenter de la rapporter ici.

La plâtrière à laquelle on m'avait attaché n'avait jamais étudié la médecine. Elle affirmait qu'elle avait accédé à ce poste grâce à l'effet conjugué du départ précipité de son prédécesseur et à sa volonté de se libérer de la fonction d'aide-soignante qu'elle occupait aux urgences ambulatoires qui jouxtaient sa salle de travail. Elle avait ainsi progressivement appris sur le tas les secrets du

rembourrage, du papier crêpe, du plâtre et des résines.

À longueur de journée, avec une infatigable douceur et une gentillesse infinie, elle recevait les patients qui s'en remettaient à elle pour des fractures ou des entorses de toutes sortes. Elle maniait les rouleaux et les ciseaux avec des mains chevronnées. Elle ne se limitait jamais aux indications qu'elle recevait des médecins. Elle tenait à appréhender ses patients en profondeur et de façon globale. En même temps qu'elle évaluait la partie des membres qu'elle avait à recouvrir, elle s'accordait toujours quelques minutes pour bien les accueillir et pour apprécier leur état mental. Avec calme et expérience, elle m'expliquait les points de fragilité à soutenir, ce qui contribuait régulièrement à détendre notre patient et à renforcer la cohérence d'une équipe à laquelle j'étais fier d'appartenir.

Dans sa pratique, ma plâtrière devait s'adapter à des anatomies sans cesse différentes. Il lui fallait aussi souvent compenser des courbures malencontreuses. Elle parvenait à faire tout ceci tout en pensant toujours au rétablissement dans un sens général: épouser des formes individuelles telles qu'elles ne devaient plus être pour viser un résultat harmonieux. La nature n'acceptant qu'avec réticence à être contrainte

avec trop de forces, elle était fréquemment tenue à revoir ses patients à plusieurs reprises durant leurs immobilisations. Les adaptations graduelles qu'elle obtenait alors étaient encore plus frappantes.

Même maintenant, je revois ses mains sur l'enduit. Elle passait ses doigts à d'innombrables reprises sur son ouvrage en train de sécher. Elle s'aidait des commentaires du patient et de ses propres sensations pour tendre aux meilleurs profits possibles. Elle travaillait tantôt avec légèreté et tantôt avec fermeté. Elle traçait des lignes dans les trois dimensions pour amender les inappropriations et pour anticiper les réparations qu'elle discernait déjà mais qu'elle savait devoir attendre.

Je n'ai pas réalisé tout de suite la portée de ce à quoi on me faisait participer. Par son travail subtil et déterminé, cette collègue me dévoilait ce que pouvait être le rapport entre un soignant et un patient: une expertise à l'écoute de l'autre, une humanité rassurante, des mains qui relient et qui osent remodeler. Le souvenir de ce mélange d'humilité, de respect et de persévérance est encore dans mon esprit. Peut-être que tous les étudiants en médecine devraient passer par une salle de plâtre pour apprendre l'alchimie des soins bien administrés?



© iStockphoto/Antonio Diaz

**LU POUR VOUS** Prise en charge du pneumothorax spontané primaire modéré à large: l'observation comme alternative?

Le pneumothorax spontané primaire (PSP), bien que peu fréquent, nécessite un drainage thoracique dans les cas modérés ou sévères. Ce geste requiert une hospitalisation et peut occasionner des douleurs et des complications parfois significatives. Quelques études observationnelles suggèrent qu'une prise en charge conservatrice pourrait représenter une alternative. Afin de le démontrer, les auteurs de l'étude multicentrique randomisée PSP ont inclus 316 patients présentant un PSP modéré à large, pour comparer de manière ouverte une prise en charge

standard avec drainage thoracique à une prise en charge conservatrice (antalgie, oxygène au besoin, et retour à domicile après 4 heures d'observation clinique et un contrôle radiologique). L'issue primaire d'intérêt a été la résolution radiologique complète à 8 semaines, avec une hypothèse de non-infériorité (marge: - 9%) du traitement conservateur. Les résultats montrent 94,4% de résolution avec le traitement conservateur contre 98,5 % avec drainage, soit une différence de 4,1% (IC 95%: -8,5 à 0,5), démontrant la non-infériorité.

Cependant, les analyses de statistiques complémentaires révèlent la fragilité de cette conclusion, du fait de nombreuses données manquantes. Les auteurs concluent avec réserve à la non-infériorité du traitement conservateur.

**Commentaire:** Les patients inclus sont représentatifs, et le traitement de contrôle (drainage thoracique) correspond au standard actuel. L'issue primaire est cliniquement pertinente, mais son évaluation par la résolution radiologique à 8 semaines est problématique: en effet, le contrôle radiologique n'est pas l'examen le plus sensible pour démontrer la résolution du pneumothorax, et de nombreux patients ont eu un contrôle plus tardivement que prévu, voire n'ont pas eu de contrôle. De plus, la résolution radiologique était jugée par les médecins en charge du patient, et non pas systématiquement par une lecture externe standardisée en aveugle (avec une différence entre ces deux lectures dans une proportion non négligeable des radiographies pour lesquelles cela a été fait). Les analyses de sensibilité pratiquées

par les auteurs fragilisent dont la conclusion de non-infériorité de l'observation. Peut-on dès lors implémenter une prise en charge conservatrice pour ces patients? Si l'étude PSP représente un pas important vers une alternative au drainage thoracique systématique pour ces patients, les problèmes méthodologiques relevés ne permettent pas encore de proposer cette solution au plus grand nombre. Mais cette option pourra probablement être présentée aux patients peu symptomatiques, ayant un accès rapide aux soins d'urgence, et ayant bien compris les limites d'une prise en charge sans drainage thoracique. À suivre!

**Drs Margot Kaufmann et Thierry Fumeaux**

Service de médecine, Hôpital de Nyon, Nyon

**Coordination: Dr Jean Perdrix,**  
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

**Brown SGA, et al. Conservative versus interventional treatment for spontaneous pneumothorax. *New Engl J Med* 2020;382:405-15.**



© istockphoto/tonsound

**POINT DE VUE****ÉPIDÉMIE DE CORONAVIRUS VS LIBERTÉS INDIVIDUELLES**

**JEAN-YVES NAU**  
jeanyves.nau@gmail.com

Au-delà du strict sanitaire, les épidémies sont, aussi et surtout, des phénomènes politiques. Bousculant les ordres établis, elles imposent au pouvoir exécutif de prendre des mesures d'urgence, des décisions qui peuvent heurter de plein fouet, dans les espaces démocratiques, les libertés individuelles. En France, le gouvernement vient, sur ce thème, de saisir le Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Les membres de cette institution devront, en urgence, se pencher sur «les enjeux éthiques liés à la prise en charge des patients et aux mesures contraignantes de

santé publique» prises dans le cadre de la lutte contre le nouveau coronavirus. Signée du Dr Olivier Véran, nouveau ministre français de la Santé, la lettre de mission précise que l'avis du comité devra éclairer le pouvoir exécutif sur l'articulation idéale entre «les impératifs de santé publique» et le «respect des droits humains». On peut le dire autrement: «explorer les équilibres qui peuvent s'établir entre les mesures prises au nom de l'intérêt collectif et les libertés individuelles».

Le CCNE va rendre son avis «rapide» après avoir constitué un groupe de travail *ad hoc* pour cette «mission flash». Son travail sera grandement facilité par celui mené il y a onze ans.<sup>1</sup> Souvenons-nous. Une épizootie d'influenza aviaire

due à un virus A (H5N1) touchait alors de nombreux pays d'Asie et faisait craindre la survenue d'une pandémie grippale chez l'homme. La question qui paraissait essentielle aux yeux du CCNE était celle de savoir si l'état d'urgence induit par une pandémie grippale comportait l'éventualité d'une mise à l'arrière-plan de certains principes éthiques fondamentaux. Faut-il subordonner les libertés individuelles à d'autres valeurs plus ajustées à l'efficacité de la stratégie de lutte contre ce fléau sanitaire? Jusqu'où une limitation aux allées et venues des personnes peut-elle être imposée? À quelle condition notre société pourrait-elle accepter que certains de ses membres soient prioritairement vaccinés dans la phase de pénurie vaccinale?

Hormis celle de la vaccination, les questions soulevées il y a onze ans retrouvent, aujourd'hui, toutes leur brûlante actualité. Et l'on pressent déjà que les réponses adoptées en Chine<sup>2</sup> ne pourront pas l'être sur le Vieux Continent – sauf à imaginer une virulence d'une exceptionnelle et redoutable intensité.

À dire vrai, les questions épidémiques d'origine virale ne sont guère nouvelles. Le 20<sup>e</sup> siècle a connu trois périodes de très forte augmentation mondiale des cas de grippe due à un nouveau virus: en 1918, 1957 et 1968. Quarante ans séparent la première pandémie grippale du 20<sup>e</sup> siècle de la seconde, alors que celle-ci n'a qu'une dizaine d'années de distance avec celle de 1968. «On ne peut prédire la date de survenue de la prochaine pandémie grippale, ni même d'ailleurs être certain de son origine, observait alors le CCNE. Ainsi, ne peut-on même pas affirmer qu'elle sera due à une mutation du virus aviaire A (H5N1). Un autre virus, hébergé par une autre espèce animale, pourrait tout aussi bien en être responsable. Mais les stratégies de lutte envisagées seraient tout aussi pertinentes. Certaines des mesures pouvant même être utiles dans des crises sanitaires d'une autre nature.»

Onze ans plus tard, on prend la mesure de la pertinence des auteurs de cet avis.<sup>3</sup> Comme en 2009, l'incertitude porte aujourd'hui sur le nombre à venir de cas d'infection, sur la durée de l'épidémie et sur la possible évolution de la virulence de l'agent pathogène. Comme hier, aux incertitudes sur l'ampleur de l'épidémie s'ajoutent celles liées à l'impact des différentes mesures de lutte sur le nombre d'hospitalisations et la mortalité. Il y a onze ans, les travaux de modélisation conduits par différentes équipes ne permettaient pas d'estimer cet impact avec précision, mais tout au plus de comparer l'efficacité de différentes mesures. Les pouvoirs publics étaient donc confrontés aux difficultés de la prise de décision en situation d'incertitude.

«Pour ne prendre qu'un exemple, on pourrait débattre des aspects éthiques des questions relatives à l'accès aux soins hospitaliers sans chercher à en prendre la dimension quantitative exacte, écrivaient les auteurs de l'avis du CCNE en 2009. Mais les contraintes pesant sur la réflexion éthique ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agisse de déprogrammer entre quelques milliers ou 100 000 hospitalisations, ou bien encore de gérer une augmentation des demandes d'admission en unités de

soins intensifs de quelques centaines ou de milliers de patients.» Les mêmes incertitudes conduisent aujourd'hui aux mêmes réflexions, aux mêmes redoutables questions quant à la légitimité des prises de décision de la part des pouvoirs exécutifs.

Le CCNE rappelait aussi qu'une pandémie peut susciter des réactions de stigmatisation qu'il faut anticiper. On le voit aujourd'hui avec le nouveau coronavirus qui a émergé en Chine. «Éviter de telles réactions doit être l'un des objectifs de la communication des pouvoirs publics, écrivaient les auteurs de l'avis. Pour empêcher qu'une peur collective, alors inévitable mais compréhensible, ne dégénère en phénomènes de panique irrépressible, les grands médias doivent prendre toute la mesure de leur potentiel d'influence sur les comportements individuels et collectifs.

Le poids considérable de leur implication dans l'amplification des réactions émotionnelles collectives, et des effets corrélatifs de stigmatisation qui peuvent en résulter, devraient d'ores et déjà inciter à engager un travail de concertation aboutissant à la mise en place d'un comité de réflexion dédié au rôle des médias, en termes d'anticipation et de responsabilité, en cas de pandémie». Lettre morte.

Il faut, aujourd'hui, découvrir ou relire cet avis qui élargit le champ de nos réflexions, ouvre sur de nouveaux horizons, parle de «justice» et de «solidarité», incite à «anticiper». «L'attention à apporter aux personnes isolées et à celles en situation d'exclusion ou de grande précarité n'est pas spécifique au contexte de pandémie grippale, écrivaient les auteurs. Mais, par rapport à d'autres crises (canicule, grand froid...), les aides sociales organisées et la

solidarité individuelle pourraient s'avérer moins efficaces du fait du très grand nombre d'aidants qui seraient eux-mêmes malades. Des travaux permettent d'anticiper le problème auquel nous serions confrontés, en estimant à 30-35% l'absentéisme professionnel ou apparenté au pic de la première vague de la pandémie, proportion incluant les personnes qui devront rester à leur domicile du fait de la maladie d'un de leurs proches ou de la fermeture des écoles.»

Pour en rester à cette situation (aujourd'hui d'actualité en France où l'exécutif tente de contenir l'extension de l'épidémie), le CCNE prévenait que la fermeture des écoles serait inmanquablement source d'inégalités. «Les familles monoparentales et celles à faibles revenus souffriront plus que d'autres de devoir cesser leur travail pour assurer la garde de leurs enfants, notait-il. Pour concrétiser ici le sens égalitariste de la justice, la solidarité de voisinage ou familiale aura dans ces situations un rôle essentiel.»

Sans doute pouvons-nous, collectivement sous des cieux démocratiques, nous retrouver sur cette conclusion éthique: «L'état d'urgence sanitaire ne saurait justifier, sauf circonstance d'une exceptionnelle gravité, le sacrifice du respect de la vie privée des personnes et de la confidentialité des informations afférentes à leur santé». Il restera à savoir s'il est ou non du ressort du pouvoir exécutif d'amplifier les mécanismes de solidarité au sein de notre communauté.

1 Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale. Comité consultatif national français d'éthique, avis n° 106, 5 février 2009.

2 Artz R. La gestion musclée du coronavirus en Chine. Slate.fr 2 mars 2020.

3 Membres du groupe de travail: Annick Alperovitch (rapporteur), Frédérique Dreifuss-Netter, Anne Marie Dickel, Patrick Gaudray, Pierre Le Coz (rapporteur), Philippe Rouvillois, Michel Roux et Philippe Waquet.

**UNE PANDÉMIE PEUT SUSCITER DES RÉACTIONS DE STIGMATISATION QU'IL FAUT ANTICIPER**



## MISCELLANÉES ÉPI-PANDÉMIQUES ET TAXONOMIQUES, PORTABLES ET ANALYTIQUES

JEAN-YVES NAU  
jeanyves.nau@gmail.com

### Ne plus confondre «Covid-19» et «SARS-CoV-2»

Rien, à l'heure où nous écrivons ces lignes, ne permet de prévoir qu'elle sera, à court terme, l'évolution mondiale de l'épidémie du nouveau coronavirus qui, en décembre, a émergé en Chine. Pour autant, force est de constater que la plus grande confusion règne toujours quant aux termes utilisés pour désigner l'agent pathogène et la maladie qu'il provoque.

On parla d'abord du nouveau «coronavirus de Wuhan». Puis de «Covid-19». Puis vint le «2019-nCoV». Aujourd'hui, en théorie, tout est réglé après une décision du Comité international de taxonomie des virus (ICTV). On doit parler du SARS-CoV-2 pour «coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2». Quant à Covid-19 c'est bel et bien l'acronyme désignant la maladie: «Coronavirus disease 2019» (décision de l'OMS). «Nous devons trouver un nom qui ne se réfère pas à un endroit géographique, un animal, une personne, un groupe humain et qui soit facilement prononçable», a précisé le 11 février Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'organisation onusienne, lors d'une conférence de presse. L'erreur, malheureusement, est encore fréquente: on confond volontiers, dans les médias (comme dans certains communiqués officiels) l'agent pathogène et l'affection qu'il peut provoquer. De même que l'on a longtemps confondu le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et le sida (syndrome d'immunodéficience acquise). L'OMS s'est dotée, en 2015, de règles pour dénommer les

nouvelles maladies infectieuses,<sup>1</sup> enjoignant aux autorités nationales, aux scientifiques et aux médias d'éviter les effets néfastes produits par des noms liant populations ou territoires particuliers à des maladies. Le groupe d'étude des coronavirus de l'ICTV a pour sa part proposé «SARS-CoV-2» pour le nouveau coronavirus. Cette désignation s'explique par la façon dont sont classés les virus et peut paraître étrange puisque ce virus ne provoque pas, stricto sensu, le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère, désigné par l'acronyme SARS en anglais et SRAS en français) identifié et décrit en 2003. Dans une récente publication,<sup>2</sup> le groupe d'étude explique ce choix. «Mais si la proximité génétique du virus actuel avec le SARS et son cousin de 2003 semble être suffisante pour l'ICTV, le choix du comité de réutiliser l'appellation «SARS» semble embarrasser l'OMS, pour qui le risque de confusion est réel, observe *Le Monde*. Du point de vue de la communication, utiliser le nom SRAS peut avoir des conséquences indésirables et créer une peur inutile pour certaines populations, surtout en Asie, qui a été la plus touchée par l'épidémie de SRAS en 2003», a ainsi déclaré un porte-parole de l'OMS à *Science*,<sup>3</sup> précisant que, «pour cette raison et d'autres, l'OMS utilisera «le virus responsable de la maladie Covid-19» ou «le virus de la maladie Covid-19» dans sa communication publique». Ce qui conduit à ne faire qu'un du virus et de la maladie. Pour *Le Monde* l'absence de coordination entre les deux organisations (alors qu'elles ont annoncé leurs propositions à quelques heures d'intervalle et qu'elles s'accordent toutes les deux sur l'importance de bien nommer maladies et virus) est jugée incompréhensible par

une partie des virologistes. L'autrice principale de l'article de l'ICTV a ainsi admis, euphémisme, que le choix de l'instance pouvait être «déroutant». Président de l'ICTV, le virologue John Zieburg, a quant à lui tenté de mettre les choses au clair: «Il est important de préciser que ce nom n'est pas une référence à la maladie que le virus cause. Il n'y a aucun lien entre le nom et la maladie du SRAS, c'est toute la difficulté à laquelle l'OMS est confrontée.»

### Apprenons à mieux nous connaître nous-mêmes

C'est un livre doublement troublant. D'abord par son contenu; ensuite car nous le découvrons au moment même où nous apprenons la disparition de son auteur: «Psychanalyste portable: une nouvelle approche de la connaissance de soi»<sup>4</sup> de Serge Stoléru, 67 ans psychiatre, docteur en psychologie, clinicien et chercheur à l'Inserm, un parcours peu banal, de la psychanalyse jusqu'aux neurosciences.

Né à Lyon en 1952, il fait sa médecine dans cette ville avant de s'orienter vers la psychiatrie. «Sa rencontre, lors de son clinac à l'hôpital Avicenne de Bobigny, avec Serge Lebovici (1915-2000), pionnier de l'exploration des relations entre le nouveau-né et sa mère, s'avère décisive, rappelle l'épidémiologiste Alfred Spira dans sa nécrologie du *Monde*.<sup>5</sup> Ensemble, ils publient «Le nourrisson, la mère et le psychanalyste» (Bayard, 1983), qui reste une référence en psychiatrie du nourrisson.» En 1986, la bourse du National Institutes of Health (Bethesda, Maryland) lui permet de rencontrer le pédiatre américain T. Berry Brazelton, qui le forme à l'échelle d'évaluation du comportement néonatal.

«L'expérience américaine influence durablement son travail, notamment par le recours aux méthodes expérimentales et quantitatives, qu'il rapporte en France dans un environnement psychanalytique parfois antiscientifique» résume Alfred Spira.

C'est ensuite l'Inserm et des recherches originales sur la compréhension du désir sexuel et de ses corrélats cérébraux. Pour identifier des zones ignorées du cerveau, Serge Stoléru recrute des sujets volontaires «sains» et leur propose de visionner des films érotiques, susceptibles de provoquer des pulsions sexuelles, ainsi que des films neutres. Il enregistre leurs réactions physiologiques et psychologiques, tout en mesurant leurs réponses cérébrales au moyen de techniques avancées d'imagerie.

Suivra un recrutement de personnes présentant des troubles de la sexualité – baisse du désir, perturbations hormonales ou attirance pour les enfants. Il peut ainsi cartographier les régions cérébrales qui forment le soubassement du désir sexuel et constater que certains troubles du désir sont liés à l'altération des fonctions de ces régions. Ce sera bientôt un outil destiné à analyser les potentiels traitements médicamenteux pour les troubles de la sexualité («Un cerveau nommé désir», Odile Jacob, 2016).

Il poursuit, parallèlement, l'exercice de la pédopsychiatrie clinique et met au point une nouvelle forme d'entretien psychologique, l'Entretien semi-structuré multiregistres (ESM), fondé sur la psychanalyse mais ouvrant sur les bases neurales de l'activité mentale. C'est tout l'objet de l'ouvrage posthume que nous découvrons aujourd'hui; un ouvrage hautement original, «une nouvelle approche de la connaissance de soi» puisque «connaître nos affects et nos émotions permet de les contrôler davantage et d'être moins passif vis-à-vis

d'eux».

«En s'appuyant sur les neurosciences, ce livre expose et justifie une méthode qui peut être appliquée par un psychanalyste au cours des séances ou utilisée par le patient seul dans un contexte d'autoanalyse, en complément d'une analyse en cours ou pour prolonger une analyse achevée, nous expliquait

l'auteur avant de mourir.

L'argumentation est illustrée par des exemples de cas et vise un objectif concret: grâce aux fiches pratiques fournies dans l'ouvrage, aider le patient, adulte ou enfant, à se passer de l'analyste. Cette méthode permet de ne plus subir passivement nos émotions, de nous les représenter clairement et

distinctement, afin de gagner en autonomie et de (re)devenir l'acteur de notre vie.»

1 World Health Organization best practices for the naming of new human infectious diseases. Organisation Mondiale de la Santé (2015).

3 Alexander E, Gorbalenya A, Baker S, Baric R, et al Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the

Coronavirus Study Group. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>

3 Enserik M. Update: 'A bit chaotic.' Christening of new coronavirus and its disease name create confusion. *Science*, 12 février 2020.

4 Stoléro S. *Le Psychanalyste portable*. Paris: Editions Odile Jacob, 2020.

5 Spira A. La mort du médecin et psychiatre Serge Stoléro. *Le Monde* du 22 janvier 2020.

## REVUE DE PRESSE

### Face à l'urgence, le Conseil fédéral tergiverse

Ce dimanche, le Conseil fédéral est resté muet et n'a pas pris de nouvelles mesures dans sa lutte contre le coronavirus, bien qu'il ait tenu une séance de crise en début de soirée. Mais la Suisse bascule de plus en plus dans l'état d'urgence. Dans tous les cantons, les ministres de la Santé ont travaillé d'arrache-pied avec leurs états-majors de crise. Comme il fallait s'y attendre, le Tessin, le plus touché de par sa situation géographique, a été le premier à aller beaucoup plus loin que le Conseil fédéral. Samedi soir déjà, il a décrété la fermeture de tous les restaurants, cafés, bars et magasins non alimentaires. Ce dimanche, Bâle-Campagne, le Jura et Neuchâtel lui ont emboîté le pas, décidant tous la fermeture des restaurants notamment. Neuchâtel interdit même toutes les manifestations publiques. Dans les cantons, c'est donc la mobilisation générale. «Nous sommes passés d'une crise sanitaire à une crise totale», note le ministre neuchâtelois de la Santé, Laurent Kurth. La courbe des cas de Covid-19 continue à afficher une croissance exponentielle. De samedi à dimanche, le nombre de personnes infectées par le coronavirus a augmenté de plus de 800, passant de 1358 à 2200, le point étant fait à 13h par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Seul élément un tant soit peu rassurant: le nombre de décès n'est passé que de 13 à 14. (...)

Alors que, vendredi, le Conseil fédéral avait convaincu beaucoup de monde en montant sensiblement

en puissance dans le durcissement des mesures, ce n'est plus le cas deux jours plus tard. À Genève, à Zurich et dans certaines stations de ski en Valais, trop de gens – surtout des jeunes – ont continué à faire la fête comme si de rien n'était. Pour l'instant du moins, l'appel lancé par tous les directeurs cantonaux de la Santé de la Suisse latine, du Genevois Mauro Poggia au Tessinois Raffaele De Rosa, n'a pas été entendu. (...)

Autre critique faite au Conseil fédéral, le fait d'avoir abandonné le dépistage systématique des cas de coronavirus en se concentrant uniquement sur les personnes à risque. «Une erreur», selon l'expert en génomique et en infectiologie à l'EPFL et au CHUV Jacques Fellay. «La Suisse devrait réaliser des diagnostics à grande échelle pour mieux connaître l'ampleur de l'épidémie», affirme-t-il. Actuellement, tous les laboratoires en Suisse ne peuvent absorber que 2000 tests par jour. «Nous examinons la possibilité de monter en puissance en évaluant plusieurs variantes, éventuellement avec l'appui de l'armée», déclare-t-on à l'OFSP. Son commandant en chef, Thomas Süssli, est prêt à passer à l'action. Un heureux hasard veut qu'un des quatre bataillons d'hôpitaux entre en service ce lundi 16 mars. L'armée pourrait apporter une aide aux hôpitaux, dont la grande crainte est d'être surchargés par un afflux massif de patients. Elle dispose de 200 respirateurs, ce qui augmente de 25% leur nombre – qui est d'environ 800 en Suisse.

**Michel Guillaume**

*Le Temps* du 15 mars 2020

### Mobiliser les jeunes

Une Genevoise de 32 ans est morte du coronavirus, première victime cantonale de l'épidémie. La rumeur circulait, le médecin cantonal l'a confirmée vendredi, tout en précisant que cette jeune femme, décédée chez elle, souffrait d'autres maladies. Le diagnostic n'a pu être posé qu'après sa mort.

Selon nos sources, la victime aurait au préalable été testée trois fois négativement. (...)

D'après d'autres informations, un jeune homme de 26 ans se trouve actuellement aux soins intensifs des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans un état grave, après avoir transité par l'Hôpital de La Tour. Lui aussi aurait d'abord été testé négatif au coronavirus.

Les autorités ne le confirment pas: «Il faut plutôt vous demander si les personnes étaient atteintes de la maladie quand les tests ont été faits», répond le médecin cantonal, Jacques-André Romand. Ces cas soulèvent des questions. Alors que la forme sévère du Covid-19 ne semblait concerner que les personnes âgées ou déjà malades, faut-il s'attendre à ce que des trentenaires en bonne santé soient également gravement touchés par la maladie? «En Suisse, nous n'avons pas d'information selon laquelle des jeunes gens en bonne santé seraient sérieusement atteints. Ceux-là ne nous inquiètent pas, rassure le professeur Romand. Ils pourront être malades mais sans développer beaucoup de symptômes, à l'inverse des personnes vulnérables (cancer, diabète, faiblesse immunitaire, hypertension artérielle, maladies

cardiovasculaires et maladies chroniques des voies respiratoires).» Et de rappeler que seuls 15% des patients identifiés avec le virus doivent être hospitalisés, 5% nécessitant des soins intensifs. Vendredi, 20 patients atteints du Covid-19 étaient hospitalisés aux HUG, dont six aux soins intensifs (et parmi eux quatre intubés). Attention, toutefois: les jeunes auraient tort de ne pas se sentir concernés. Le professeur Didier Pittet, conseiller spécial de l'OMS et responsable du contrôle et de la prévention de l'infection aux HUG, s'efforce de sensibiliser la jeunesse par une campagne d'information. «Les ados et les jeunes adultes ne respectent absolument pas les consignes d'hygiène et de distance sociale. Ils sortent dans les bars, n'observent pas de distance entre eux, se bécotent... et véhiculent le virus! Ils pensent, à tort, que c'est un truc de vieillards.» Or, si la majorité passe entre les gouttes de l'épidémie, «on a vu, en Chine et en Italie, des jeunes gens en bonne santé développer des infections dramatiques et mourir, après avoir été exposés à une quantité élevée de virus». Une quantité dégagee après qu'une personne vous éternue au visage, par exemple.

**Sophie Davaris**

*Tribune de Genève* du 14 mars 2020

# La possibilité d'un microbe

Au travail, dans les médias, dans la rue, dans le train, aux repas de famille, partout l'organisme minuscule et sournois (OMS?) s'invite dans les conversations. Après Harry et Meghan Markle, voilà une autre tête couronnée dont on aperçoit la photographie dans le moindre imprimé; ou peut-être faudrait-il plutôt parler d'infographie, de dessin modélisé, d'évocation artistique. Le coronavirus a bien quelque chose d'un prince: sa réputation le précède, sa visite se prépare longtemps à l'avance, au sommet de l'État. À peine trouvait-on en Europe la moindre particule virale, tout juste commençait-on à chercher la petite bête (dans le nez de quelque infortuné malade) que, déjà, le pays bruissait de rumeurs à son propos. Mais la comparaison avec un dignitaire royal, douteuse il est vrai, s'arrête là. Le germe vagabond est apatride, ne connaît pas de frontière et fréquente toutes les classes sociales: il répondrait mieux au profil de l'anarchiste transnationaliste qu'à celui d'un quelconque souverain. Sans foi ni loi, hormis celles de la nature. Le monde entier baigne ainsi, pas nécessairement dans la maladie elle-même, mais dans l'idée du virus – dans la possibilité d'un microbe – comme une pellicule photographique trempe dans son bain révélateur. Des lignes de démarcation se font jour, des silhouettes apparaissent, des postures se devinent. S'il fallait en décrire les contours, quitte à les caricaturer un peu, à quoi ressembleraient-elles?

Il y a d'abord les rationalistes, qui ont mis d'emblée la grippe en balance: «à l'heure actuelle, voilà les faits, voilà ce qui tue vraiment». Ils calment le jeu, prennent du recul, rassurent d'une main tout en gardant l'autre prête à l'action. À l'opposé, on trouve les alarmistes qui posent la question qui tue (elle aussi, quoique différemment): «à l'heure actuelle, oui, mais demain?». Ils déplorent l'absence de contrôle, appellent à la fermeture des frontières, à des mesures seules à même, selon eux, d'endiguer la propagation de la maladie. Ils se plaignent parfois de l'impréparation étrangère (ici, les nations retrouvent leur importance). Plus discrets sont les écureuils, qui anticipent, font des réserves, se préparent au confinement, dans une époque de toute façon depuis longtemps individualiste et collapsophile.

Deux maximes pleines de sagesse les guident: «on n'est jamais trop prudent» et «on n'est jamais mieux servi que par soi-même». À l'extrême, des gens cèdent à la panique et dérobent, comme à Nice, les fournitures médicales dans les hôpitaux – pâle copie de Zorro, le justiciable masqué est arrivé. On croise aussi des moralistes qui dédaignent la coronamania pour mieux prendre à partie leur interlocuteur: «et le choléra au Yémen, qui en parlait?». Dans un registre un peu différent, il y a les spécialistes du boycott qui, déjà, ne veulent plus entendre parler de toute cette histoire. Fatigués du battage médiatique et de la viralité du virus, ils sont pour ainsi dire vaccinés d'avance. Ce sont peut-être les mêmes qui éteignent bruyamment leur télévision lors des mondiaux de football – maigre consolation, les grands événements sportifs sont annulés. À côté, on aperçoit d'inépuisables sentinelles, qui scrutent avec inquiétude, jour après jour, le nombre de cas avérés, communiquant à tout-va le dernier score en date. On tombe aussi sur des cyniques qui, par provocation ou par inconscience, se réjouissent des mêmes chiffres au nom de la lutte contre une prétendue surpopulation ou quelque autre cause douteuse. Enfin, il serait à coup sûr possible de dénicher quelques complotistes, mais quel événement n'en génère pas, de nos jours?

La liste pourrait s'allonger (on n'a mentionné ni les plaisantins auteurs de canulars ni les comportements racistes envers les personnes d'origine asiatique) et se renouvelle chaque jour. Toutes ces attitudes figurent à vrai dire moins des catégories fixes que des états d'âme dont chacun peut, à divers degrés, faire l'expérience au cours d'une seule et même journée vécue au milieu du vacarme coronaviral. Pourtant, on peine à croire qu'un simple microbe – dont on ne verra a priori jamais, même en l'attrapant, le bout d'une protubérance protéique – suffise à générer une telle diversité, une telle intensité de réactions. De quoi le coronavirus est-il donc le nom? De l'emballement d'un univers de l'instantané, mondialisé, hyperconnecté, où même les maladies sont à présent «disruptives»? D'un phénomène de groupe à grande échelle pour la qualification duquel il est nécessaire de puiser au vocabulaire de la psychiatrie («psychose»,

entend-on à répétition)? Du vertige de chacun et chacune face à l'éventualité de la maladie et de la mort, la sienne ou celle de proches? D'une fatalité aussi ancienne que l'être humain, les épidémies, que les évolutions médicales ont permis de contrôler à peu près, au moins pour certains continents? Difficile de trancher. Au-delà d'un agent infectieux qui a fait les preuves de sa potentielle dangerosité, le coronavirus est un grain de sable qui enrayer une machine bien rodée. On a l'impression d'une pièce de théâtre où les acteurs jouent leur rôle, disent leur texte à la perfection. Mais, à la suite d'un changement impromptu de quelques détails dans le décor, certaines répliques se mettent soudain à sonner faux, ou prennent une signification nouvelle. Ainsi, les autorités (médicales ou gouvernementales) rassurent, mais comme il s'agit à la réflexion du seul discours que l'on peut attendre de leur part en de pareilles circonstances, celui-ci perd un peu de sa force. Tout un chacun se sent alors autorisé à écorner la ligne officielle, à se forger sa propre opinion. Les journalistes informent à merveille, mais le feu d'informations est si nourri, si constant qu'une conclusion rationnelle, en rien psychotique, pourrait être: «il y a donc des raisons d'avoir peur». Les soignants, quant à eux, font leur métier. C'est un métier à risque, fait d'altruisme et de sacrifice, aussi leur attribue-t-on parfois le statut de «héros du quotidien»: ils le seront peut-être encore un peu plus que d'habitude. En cela, ils peuvent se faire, *mutatis mutandis*, les héritiers du Dr Li Wenliang, ou encore, dans un registre littéraire, de la figure du Dr Rieux dans le roman *La Peste* d'Albert Camus. Un personnage qui conclut son expérience de la calamité avec la volonté de témoigner «pour dire simplement ce qu'on apprend au milieu des fléaux, qu'il y a dans les hommes plus de choses à admirer que de choses à mépriser». Cette posture-ci, pour générale qu'elle soit, n'est pas sans intérêt.

DR LÉONARD DOLIVO

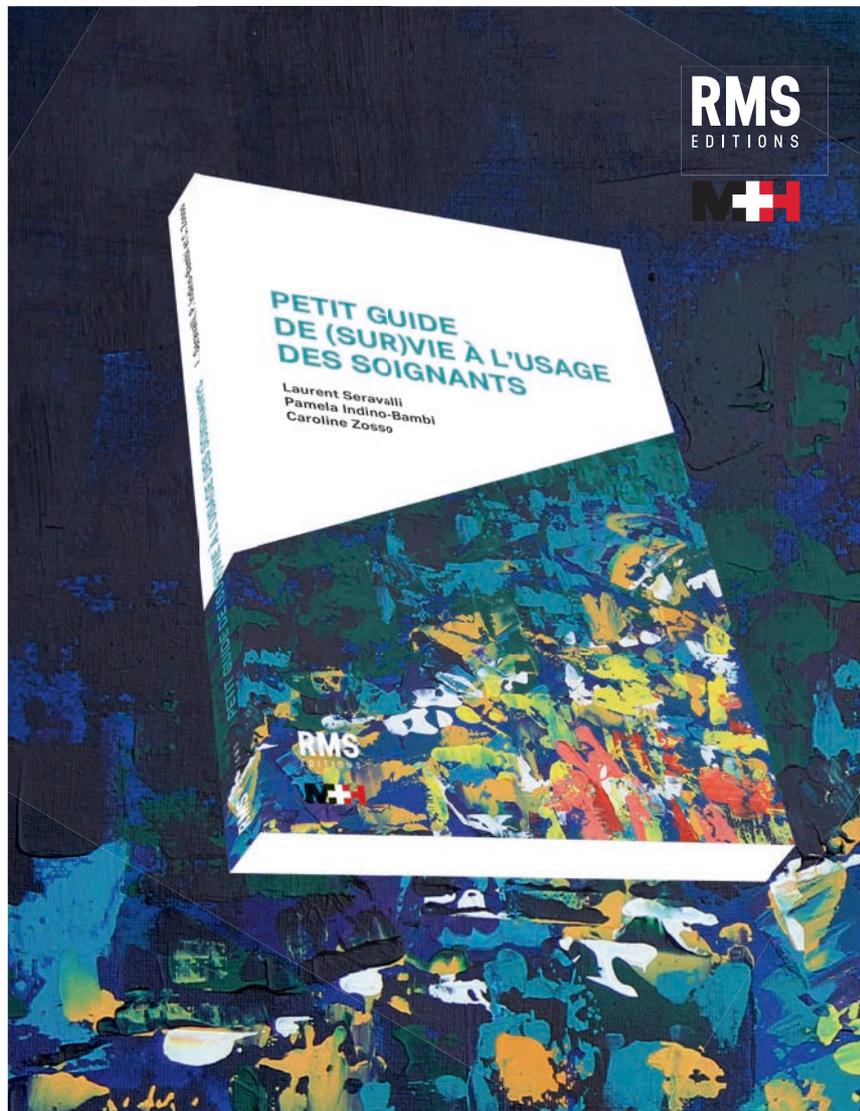
Médecin, doctorant en histoire de la médecine  
leonard.dolivo@gmail.com

# PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS

*Un soignant sur dix lira ce livre... bientôt les neuf autres risquent de le consulter*

**Laurent Seravalli,  
Pamela Indino-Bambi,  
Caroline Zosso**

132 pages  
Format: 11.5 x 18 cm  
18 CHF, 16 €  
ISBN: 9782880494612  
© 2020



**RMS**  
EDITIONS



## PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS

**Laurent Seravalli, Pamela Indino-Bambi, Caroline Zosso**

Vous ne savez plus comment conjuguer vie familiale et activité professionnelle ?

Vous adorez votre métier... mais détestez votre travail ?

Vous présentez un épuisement psychique majeur après seulement quelques mois de travail dans un nouveau service ?

Dans un ouvrage unique, trois soignants-auteurs du mettent en commun les fruits de leurs formations, de leurs compétences et de leurs expériences afin de vous aider à garder ou à retrouver votre cap au sein du relief accidenté du système de santé dans lequel vous évoluez. Que vous soyez à la recherche de réponses à vos questions afin de poursuivre votre route dans les meilleures conditions possibles, ou que vous vous sentiez perdu.e au milieu de votre itinéraire de vie, ce livre ne répondra pas seulement à vos attentes: il changera votre compréhension de vous-même et du monde qui vous entoure.

## COMMANDE

Je commande :

\_\_\_ ex. de **PETIT GUIDE DE (SUR)VIE À L'USAGE DES SOIGNANTS**

CHF 18.- / 16 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays: 5 €

**En ligne:** boutique.revmed.ch

**e-mail:** livres@medhyg.ch

**tél:** +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

**ou retourner ce coupon à :**

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg  
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse .....

.....

.....

Date et signature .....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa  Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration: .....

Information santé  
grand public



**Auteure**  
Maaïke Kruseman

**Prix**  
CHF 26.- / 25 €  
194 pages, 13 x 21 cm

ISBN 9782889410637  
© 2020

## Changer de poids, c'est changer de vie

### Comment maintenir votre perte de poids

Malgré les idées reçues, le cercle vicieux de la reprise pondérale après un régime amaigrissant est loin d'être inéluctable.

Maaïke Kruseman, professeure en Nutrition et diététique à la Haute École de Santé de Genève et docteure en Sciences de la vie, donne la parole aux « vainqueurs de l'excès de poids », ceux et celles qui ont maintenu une perte de poids avec succès. Elle lève le voile sur leur vécu, leurs réussites, leurs difficultés et leurs dialogues intérieurs que les personnes qui n'ont jamais lutté avec leur poids ont du mal à comprendre.

Largement documenté, cet ouvrage aborde les spécificités du maintien de la perte de poids : Faut-il plutôt réduire les sucres ou les graisses ? Pourquoi les protéines ont-elles une si grande place dans les régimes amaigrissants ? Que se passe-t-il au niveau du métabolisme ? Pourquoi les sensations de faim et de rassasiement ne parviennent-elles pas à réguler la prise alimentaire de certaines personnes ?

La deuxième partie laisse la place à l'action, et propose une méthode pour identifier les stratégies adaptées à chacune.

En retournant ce coupon à **Planète Santé**  
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

..... ex. **Changer de poids, c'est changer de vie**

Frais de port 3.- pour la Suisse, offerts dès 30.-  
Autres : 5 €

**Adresse de livraison**

Timbre / Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : [livres@planetesante.ch](mailto:livres@planetesante.ch)  
Internet : [boutique.planetesante.ch](http://boutique.planetesante.ch) / Tél. : +41 22 702 93 11

*Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène*