

Les problématiques de
santé sexuelle spécifiques :
migrants,
usagers de drogues par voie intraveineuse ;
transsexuels ; homosexuels masculins ; détenus.



Dr PATRICK PAPA ZIAN

patrickpapazian2014@gmail.com

Médecin Sexologue

Service des maladies infectieuses et tropicales *Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

SANTÉ SEXUELLE ET SEXOLOGIE



SANTÉ SEXUELLE ET SEXOLOGIE



1. LA SEXUALITÉ, UNIQUE ET MULTIPLE...

Santé sexuelle, définition (1)

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la **possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence.**

Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.

BEAUCOUP D'EFFORTS DOIVENT ENCORE ÊTRE CONSENTIS AFIN DE S'ASSURER QUE LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE RECONNAISSENT CET ÉTAT DE FAIT ET EN TIENNENT COMPTE.

(1) Accessible sur <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

« La sexualité humaine est un **phénomène social** total. Elle est à l'évidence une donnée de nature. Mais il est tout aussi apparent que cet aspect de la nature de l'homme est celui qui a, **le plus tôt et le plus complètement été soumis aux effets de la vie de société** ».

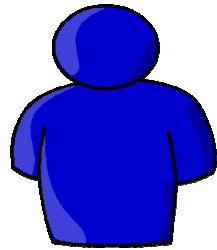
Balandier (ethnologue, sociologue français), 1984

LA SEXUALITÉ, CE N'EST PAS LA TENUE DE STEVE JOBS...



LES PRATIQUES SEXUELLES, EN ÉVOLUTION CONSTANTE...

Individuellement (souvent)



Collectivement (toujours)



LES PRATIQUES SEXUELLES, EN ÉVOLUTION CONSTANTE...

- Depuis le début des années 1970, un élargissement régulier et continu du répertoire des individus ⁽¹⁾
- Rapprochement marqué des expériences des femmes et des hommes ⁽¹⁾
- La culture, une influence sur les pratiques : par exemple, chez les femmes, pôle « cultivé » (sexualité orale et masturbation) versus pôle « populaire » (pornographie et sexe anal). ⁽¹⁾

(1) Enquête sur la sexualité en France. Sous la coordination de Nathalie Bajos et Michel Bozon. Edition La Découverte, 2008.

DANS LA VRAIE VIE...

SANTÉ **S SEXUELLE **S** !**



2. LA SEXUALITÉ, C'EST QUOI ?

SEXUALITÉ : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La sexualité versus la *fonction sexuelle*

La sexualité versus les *relations sexuelles*

La sexualité versus *l'identité sexuelle*

DIMENSIONS DE LA SEXUALITÉ

?

Anatomie sexuelle

Réactions sexuelles

Identité sexuelle

Intimité

Estime de soi

Image du corps

Fertilité

Lien social

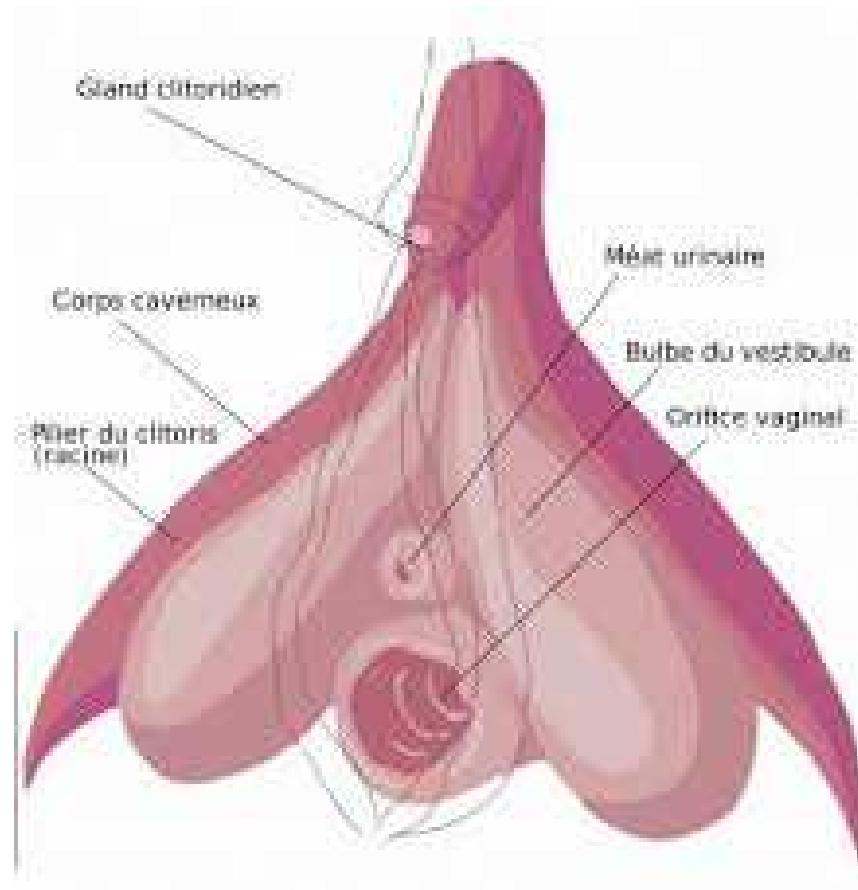
Sens de la vie

ET ON DÉCOUVRE DE
NOUVEAUX CHAMPS D'ÉTUDE
TOUS LES JOURS (OU
PRESQUE)....

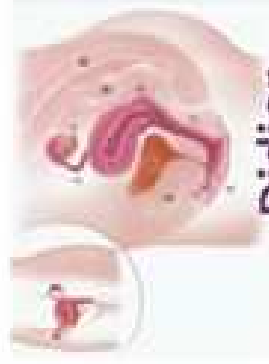


Un cale-porte ? Une statuette africaine ? Un appareil pour masser le dos ?...

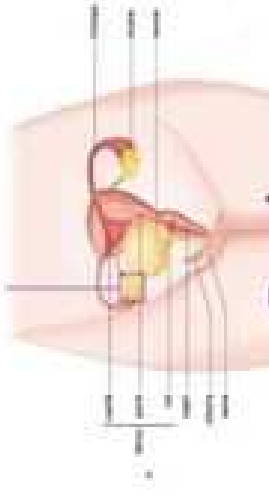
Anatomie du clitoris



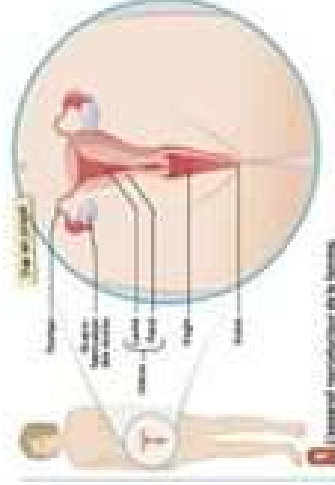
Etat des lieux
de la représentation
du clitoris et de la vulve
dans les manuels scolaires
2016 et 2017
des nouveaux programmes
de collège



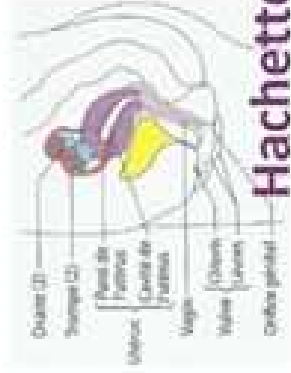
Didier



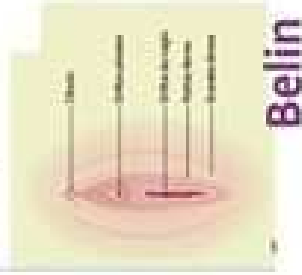
Bordas



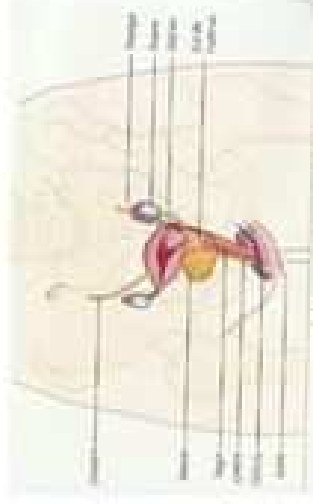
Hachette



Magnard



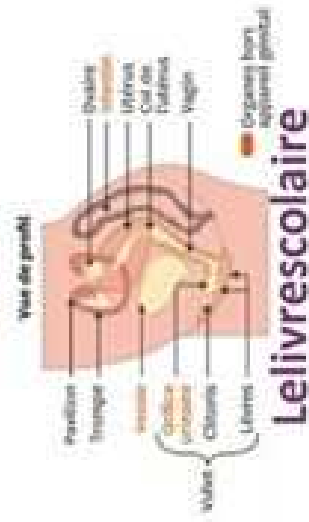
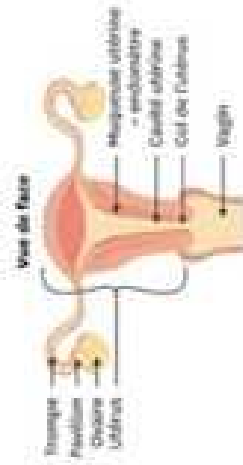
Belin



Nathan



Hatier

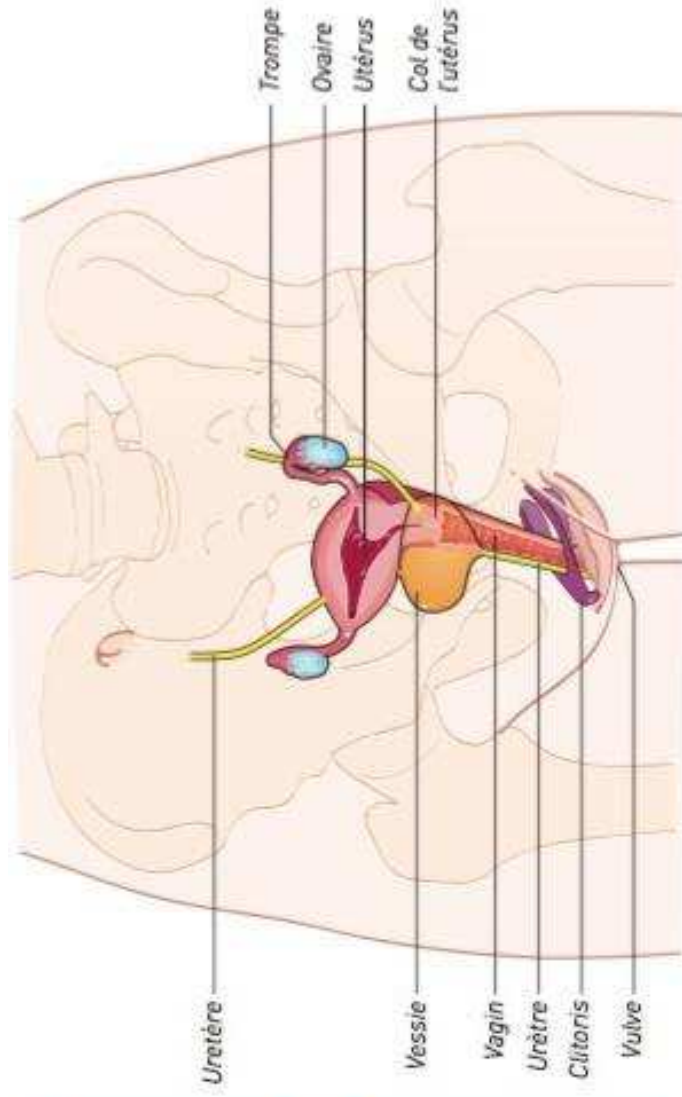


Lelivrescolaire

<http://svt-egalite.fr>

Dans les **ovaires**, il y a un stock d'ovules dès la naissance de la petite fille. Pour participer à une fécondation, ces ovules doivent mûrir.

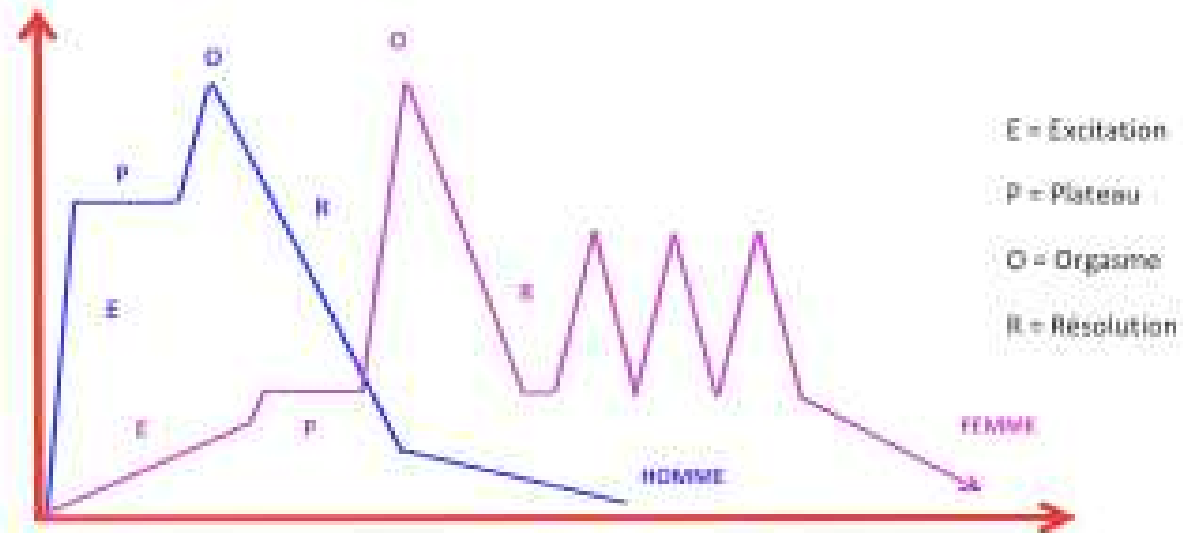
L'**utérus** permet le développement d'un futur bébé. À partir de la puberté, tous les 28 jours en moyenne, une partie de la **muqueuse** de l'utérus est éliminée sous forme d'un écoulement sanguin par le **vagin** : ce sont les **régles**.



PHYSIOLOGIE D'UN RAPPORT SEXUEL



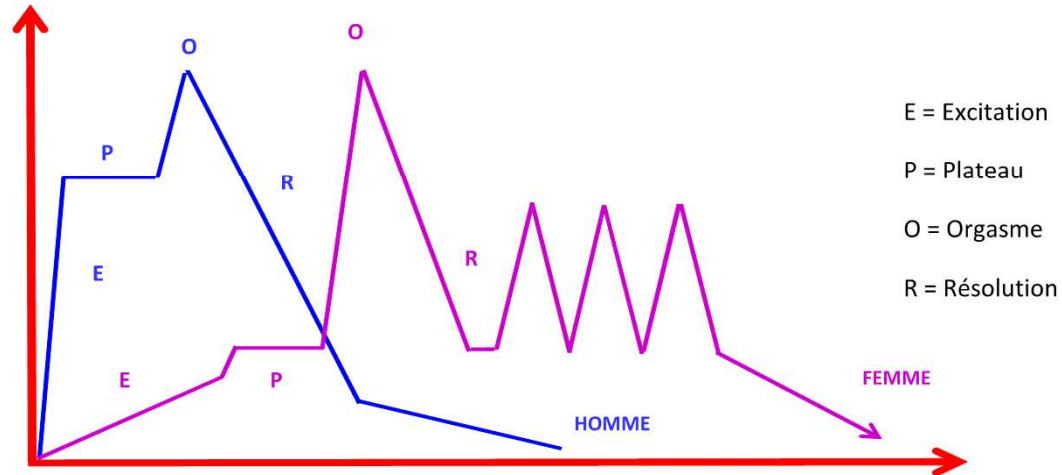
Phases physiologiques (d'après le schéma de Masters et Johnson)



Troubles sexuels

Cancer et santé sexuelle

Phases physiologiques (d'après le schéma de Masters et Johnson)



De multiples perturbations attendues à différents niveaux de la réponse physiologique

Troubles du désir

Psychogènes
Blocages sensoriels : vue, odeurs, bruits, touchers.
Altération de la motivation, communication insuffisante.
Iatrogènes :
Hormonaux,
Médicamenteux.

Troubles physiologiques

Dysfonction Érectile
Sécheresse vaginale
Modification des scripts

Perturbation des rapports

Dyspareunies
Douleurs
Dyspnées
Positions
Incontinences

Dysorgasmies

Anéjaculation
Modifications des perceptions orgastiques
Douleurs
Incontinences

3. QUAND EST-ON EN MAUVAISE SANTÉ SEXUELLE ?



La fréquence, la répétition, l'intensité ou la nature des comportements sexuels sans souffrance personnelle significative, ou conséquences interpersonnelles importantes, ne définit pas une entité pathologique ou clinique.

Kafka MP. Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* 2010

Dr Laure GRELLET médecin sexologue, Montpellier

Génération Sexploreurs ?

Les variations érotiques, perversions soft et érotismes antifusionnels*

- Sont des variations de l'érotisme dans les **limites de la santé sexuelle**
- Coexistent avec **une capacité à investir l'autre érotiquement et amoureuxment**
- Ont des **dimensionsexploratoires, de JEU** (non nécessaires à l'excitation)
- **ne sont pas des réponses à des anxiétés et des tensions et ne sont pas utilisées exclusivement pour gérer une crise**
- **n'impliquent pas une lutte de l'individu pour les réprimer, un sentiment de perte de contrôle ou d'enfermement**

Claude Crépault. La Sexoanalyse. Payot

Troubles paraphiliques spécifiques	Source d'excitation sexuelle	Comportements susceptibles d'être qualifiés de simples préférences érotiques	Comportements susceptibles d'être qualifiés de troubles paraphiliques érotiques
Trouble voyeuriste	Forte envie d'observer à leur insu des personnes non-consentantes soit nues se déshabillant, participant à des activités sexuelles ou à toute autre activité de nature privée	Feuilleter des revues érotiques, se repaître de photos sexy d'amis sur Facebook.	Regarder par la fenêtre d'une propriété privée les ébats sexuels d'un couple.
Trouble de frotteurisme	Attouchement ou frottement de ses organes sexuels contre une personne non-consentante	Se frotter le corps contre une personne consentante lors d'une danse	Lors d'un spectacle extérieur, se frotter les organes génitaux contre des étrangers debout
Trouble de masochisme sexuel	Activités ou paroles provoquant sur soi douleur, humiliation, immobilisation	Aimer se faire stimuler vigoureusement lors des rapports sexuels	Se faire mutiler avant ou pendant les ébats sexuels
Trouble fétichiste	Utilisation d'objets inanimés pour obtenir une excitation sexuelle	Utiliser occasionnellement des accessoires provenant de sexshops dans les rapports sexuels	Demander à des étrangers de sentir leurs souliers

UN COMPORTEMENT SEXUEL À RISQUE EST-IL TOUJOURS PATHOLOGIQUE ?

NON-PATHOLOGIQUES :

**Informations incomplètes
ou erronées**

**Refus du préservatif pour
raisons idéologiques**

**Hypersexualité ou
abstinence bien assumée**

PATHOLOGIQUES :

**Syndrome dépressif masqué
?**

Trouble anxieux ?

Trouble de la personnalité ?

Addiction sexuelle ?

**Consommation d'alcool, de
substances psycho-actives ?**

(1) Médecine sexuelle, fondements et pratiques. Frédérique Courtois, Mireille Bonierbale. Chapitre « VIH et Sexualité », Gilbert Bou Jaoudé. Edition Lavoisier, 2016.

TROUBLES DE LA SANTÉ SEXUELLE

:

LA RÈGLE DES « 3 TIERS »

1/3 s'adapte sans plainte,

1/3 demande des choses simples,

1/3 souhaite un accompagnement spécialisé.

Comment approcher la sexualité ?

Rechercher et comprendre les croyances

Ouvrir des portes

En fermer d'autres...en précisant les limites

SEXUALITÉ ET VOS CROYANCES ?

- « Mon patient n' a plus de sexualité ! »
- « Mon patient a des préoccupations bien plus importantes que le plaisir sexuel ! »
- « Mon patient va croire que je le drague »
- « Je vais gêner mon patient si je lui parle de sexualité »
- « Avec autant de soucis, vous croyez vraiment que ma patiente va sur Meetic ? »
- « Je vais sortir du cadre de soins »
- « Je ne vais pas savoir gérer »
- « Mon/Ma patient(e) est hétérosexuel(le) » *etc...*

Comment approcher la sexualité ?

Ouvrir des portes :

- Directement : « *Comment va votre santé sexuelle ? Votre sexualité vous satisfait-elle ?* »
- Indirectement : « *Très souvent, des patientes/patients comme vous m'expliquent qu'elles/ils ont des difficultés dans leur vie intime* »
 - *Parler de santé sexuelle (et pas de sexe)*
- *Rôle des brochures d'information, d'internet, associations...*

Préciser les limites

Avant ?...

(âge, stress/dépression, niveau d'information...)

Définir une demande réaliste

(instaurer une sexualité qui n'a jamais existé,

restaurer une sexualité identique,

redéfinir une nouvelle façon de vivre sa sexualité...)

En médecine...

**Primum non
nocere**

En sexologie...

Primum non
jugare

COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ? ⁽¹⁾

Écouter les **premiers mots** du patient

ET

Reformuler/ Être certain de « **parler de la même chose** »

(1) Médecine sexuelle, fondements et pratiques. Frédérique Courtois, Mireille Bonierbale. Chapitre « Évaluation en médecine sexuelle », Marie-Hélène Colson. Edition Lavoisier, 2016.

COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ? ⁽¹⁾

Besoin d'**informations** (éducation à la santé)

puis

Notion de « **souffrance** » associée

Et

« **Perte ou limitation du sujet** à l'égard de ce qu'il fait, pense ou dit » ou contrainte exercée sur autrui

(1) Médecine sexuelle, fondements et pratiques. Frédérique Courtois, Mireille Bonierbale. Chapitre « Évaluation en médecine sexuelle », Marie-Hélène Colson. Edition Lavoisier, 2016.

**4. SEXOLOGIE/MÉDECINE
SEXUELLE/PRISE EN CHARGE DE
LA SANTÉ SEXUELLE**

À quoi sert un sexologue ?

En pratique...

- Secret de la consultation
- Conseils et informations, explications : schemas...
- Écoute active : neutralité bienveillante, encouragement
- Un temps pour le plaisir
- Trucs et astuces : **RESTER PRATIQUE !!!**
- Donner le droit
- Donner des pistes : « My friend Harry... »
- Prescriptions +/-

SEXOLOGIE : QUELLES PROBLÉMATIQUES ?

les aspects biomédicaux liés à la fonction sexuelle

l'impact des traitements médicaux et chirurgicaux et leurs effets sur la fonction sexuelle

l'impact des problèmes de santé physique et mentale et leurs effets sur la fonction sexuelle

les séquelles post-traumatiques chirurgicales ou accidentelles

la réadaptation pour les personnes ayant subi une chirurgie majeure affectant leur sexualité

les difficultés d'adaptation aux changements physiques ou de vie pouvant avoir un impact sur la sexualité

les problématiques liées à la violence (physique, verbale ou psychologique)

les troubles de l'identité et de l'orientation sexuelle

les difficultés relationnelles

SEXOLOGIE ET ETHIQUE

ATTENTION À QUI VOUS ADRESSEZ !

- **AIUS : Association Interdisciplinaire postUniversitaire de Sexologie**
www.aius.fr
- **Médecins, psychologues, sages-femmes...quelle formation initiale ?**
- **Comment travaille-t-il ? Quelles méthodes ? Travaille-t-il en réseau ?**

TRAVAILLER EN RÉSEAU +++

SEXOLOGIE ET ETHIQUE

ATTENTION À QUI VOUS ADRESSEZ !

- **AIUS : Association Interdisciplinaire postUniversitaire de Sexologie**
www.aius.fr
- **Médecins, psychologues, sages-femmes...quelle formation initiale ?**
- **Comment travaille-t-il ? Quelles méthodes ? Travaille-t-il en réseau ?**

TRAVAILLER EN RÉSEAU +++

IL ÉTAIT UNE FOIS...
Un couple qui voulait avoir des
enfants...



SANTÉ SEXUELLE ET SEXOLOGIE



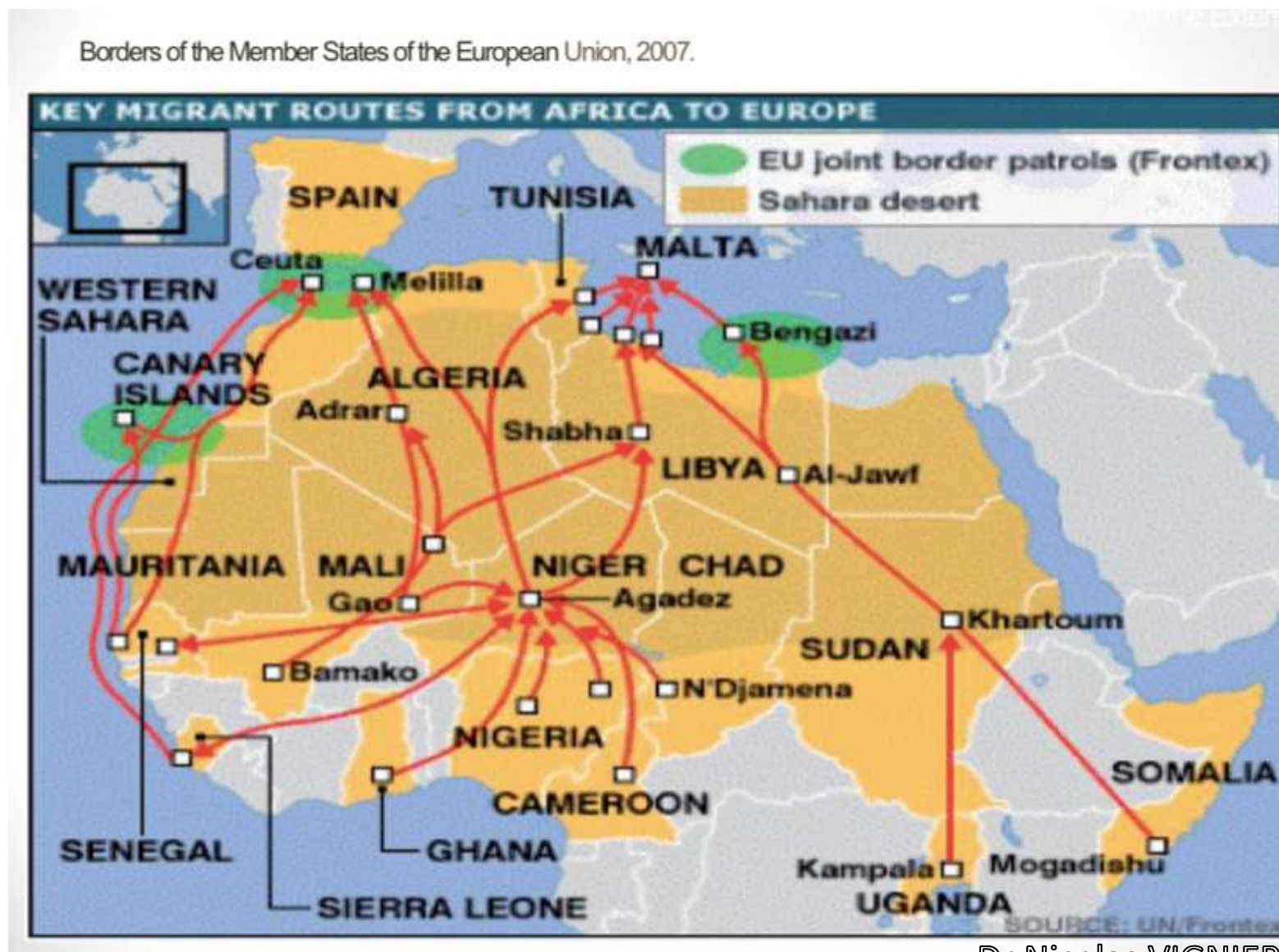
1. MIGRANTS

MIGRANTS : DE QUI PARLE-T-ON ?

« Migrant »: définition?

- **Migrants**: personnes nées à l'étranger et vivant sur le sol français
- **Immigrés**: nés étrangers à l'étrangers et résidant en Fr.
- **Etrangers**: immigrés non nationaux
- **Français naturalisés**: immigrés ayant acquis la nationalité Fr.
- **En fonction du motif**
 - Migration de travail 1/4
 - Migration familiale
 - Demandeurs d'asile / réfugiés / exilés
 - Migration pour raison de santé (minoritaires)
- **2^{ème} génération**: nés français de parent(s) immigré(s)
- **3^{ème} génération**
- **Durée de résidence**

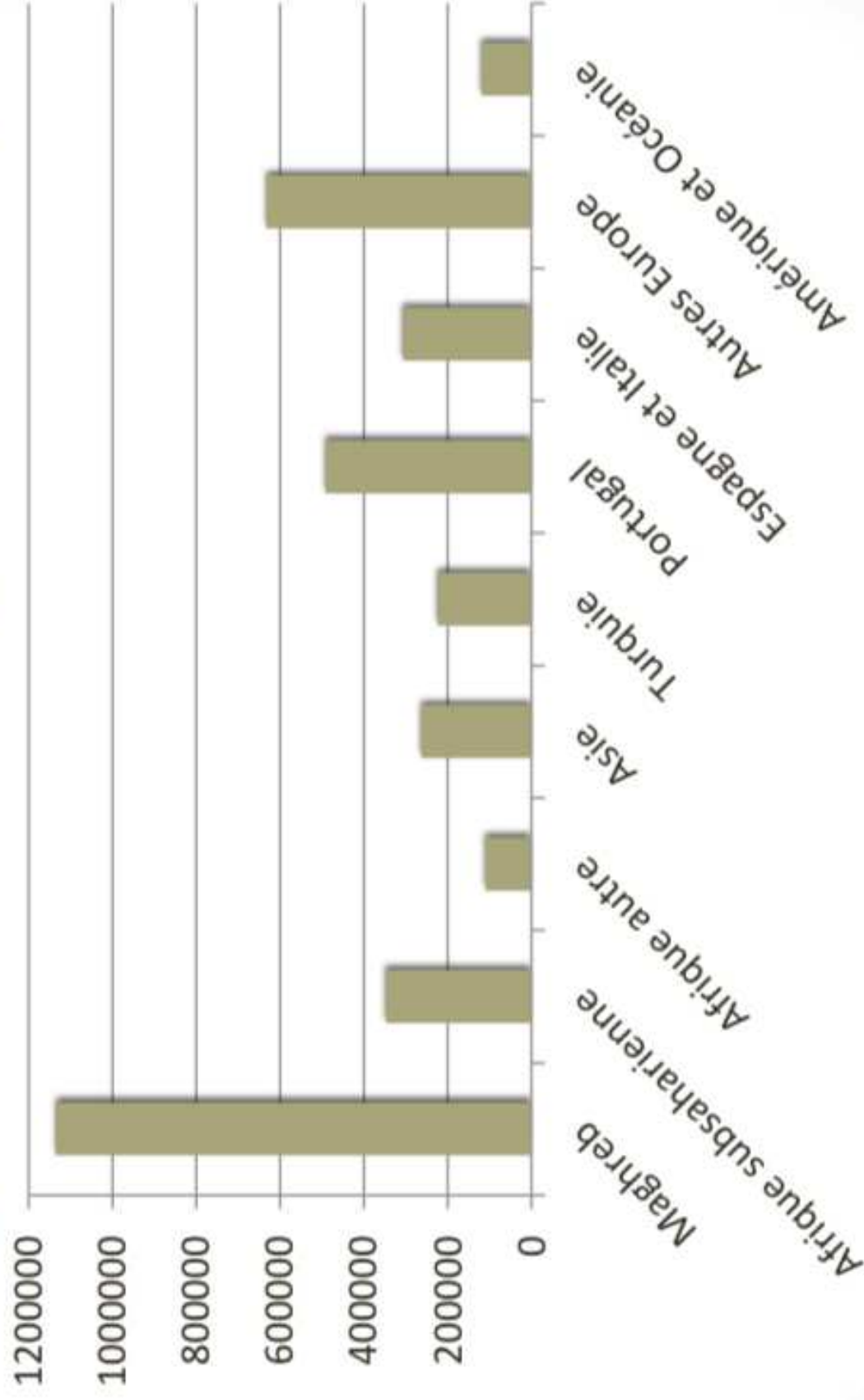
MIGRANTS : DE QUI PARLE-T-ON ?



Qui sont les « migrants » en France?

- 9% population française (18,5% en IDF) - stable
- > 6 millions d'immigrés (3,7 millions d'étrangers)
- Une population hétérogène
- Des sous populations spécifiques
 - Les femmes
 - Les enfants/mineurs
 - Les demandeurs d'asile / exilés
 - Les travailleuses du sexe
 - Les transgenres
- Par situation sociale, par origine géographique, par ethnie, ...

Origine des étrangers (2007)



Auxquels il faut ajouter les harkis (500 000) et les descendants d'immigrés (> 3 millions)

Accès et maintien en soins

- **Couverture maladie**
 - Plutôt meilleur en France qu'ailleurs
 - Mais
 - méconnaissance des droits, insuffisance accompagnement
 - restrictions légales, pratiques illégales des caisses
 - refus de soins (AME, CMU)
 - menacé politiquement (AME)
 - Couverture complémentaire plus faible
- **Moins bon accès aux soins et à la prévention**
 - Diagnostic tardif VIH
 - Absence de dépistage du K du col de l'utérus (OR=5,3 [3,4-8,2])
 - Retard recours aux soins TB
- **Plus de renoncement aux soins pour raisons financières**
- **Droit au séjour pour soins**
 - Accès variable
 - Bon pour le VIH
 - Mauvais pour les porteurs chroniques du VHB
 - Réforme pour 2017 (évaluation OFII)

Dourgnon et al. QES 2009
Boisguerin et al. E&R 2008
Berchet C, Beh 2012
Grillo F, Beh 2012
Tattevin P, Int J Tuberc Lung D

LA question

Les troubles de la santé sexuelle,
les modalités de prise en charge sont-elles
différentes chez les personnes migrant-e-s et non-
migrant-e-s ?

OUI ET NON...

...MAIS PLUTÔT NON

Enfin, les différences de prise en charge
viennent des différences de **représentations**
selon la culture d'origine



Représentations sur la sexualité

- **Rapports hommes-femmes**
- **Homosexualité**
- **Maternité/Paternité** (spermogramme chez un homme de 70 ans)

Religion musulmane

- **Positions autorisées/Interdites :**
 - Difficile d'établir ce qui est établi ou interdit dans le cadre des pratiques sexuelles conjugales. La fellation est condamnée par certains et tolérée par d'autres.
 - Le contact du sperme avec la bouche et la sodomie sont condamnés de manière unanime²

1 Godefroy A. Les religions, le sexe et nous. Calmann-Lévy. 2012. p. 102

2 Godefroy A. Les religions, le sexe et nous. Calmann-Lévy. 2012. p. 106

Religion musulmane

- Une femme non satisfaite sexuellement (pas d'enfant, pas de relations sexuelles pendant plus de 4 mois) peut demander le divorce¹.
- Préservatif présent depuis longtemps dans les pays du Maghreb, non interdit par le Coran.
- Éducation sexuelle² avec des sous-entendus mais abordée dès l'adolescence chez les filles comme chez les garçons, apprentissage par l'oral pour les filles. Les aînées montrent le chemin, racontent. Pour l'homme : beaucoup de non dits : masturbation, "bordel" avant le mariage pour apprendre.

1 Godefroy A. Les religions, le sexe et nous. Calmann-Lévy. 2012. p. 79

2 Chebel M. Encyclopédie de l'amour en Islam. Payot et Rivages. 1995. p. 340-341

Pratiques sexuelles

exemple du « **DRY SEX** »

- Favoriser la sécheresse vaginale pour accroître les sensations de l'homme
- Utilisation de Pierre d'Alun, gingembre, racine de Vetiver, fumigations

-> **risques accrus d'IST** (fragilisation de la muqueuse vaginale)

-> **risque de surinfections** notamment mycosiques et bactériennes

Pratiques sexuelles accroître les sécrétions vaginales

- Utilisation de miel, de feuilles de menthe
 - > **risque de surinfections** notamment mycosiques et bactériennes
 - > **conséquences à long terme ?** (inconnues)

Polygamie

- Retour au bled et volonté d'honorer sa nouvelle femme/de lui faire un enfant
- Équité (fortement exprimée par les hommes et les femmes) entre les épouses : autant d'amour et autant de sexualité pour chacune.
- Difficulté, parfois, à intégrer les habitudes des migrant-e-s dans nos schémas occidentaux récents (« l'amour choisit pour vous ») : épouser la sœur d'une épouse défunte, épouser une adolescente...
- Risques de contamination quand observance médiocre...

Rituels de séduction

- Baya, Kodjo ou « tissu rouge »
- Encens, parfums et ambiance érotique
- Sons (perles du baya)
- Et langage parfois plus explicite et clair

Représentations du corps

- **Prises de sang**
(« Vous me prenez tout mon sang »)
- **Médicaments**
(« Je les imagine travailler en moi »)
- **Marabouts et arrêt des traitements antirétroviraux** lors des retours au pays, croyances rituelles de guérison du VIH, y compris dans nos hôpitaux

Représentations sur le VIH

- **Stigmate** encore plus fort que chez les personnes non-migrant-e-s
- **Peur de la pénalisation du risque de transmission** (« *Nous, Docteur, on ne s'en sort pas toujours bien devant la justice, si vous voyez ce que je veux dire* »)
- **Conséquences** sur le désir d'enfant, sur la polygamie...

Excision

- **Existait bien avant la naissance de Mahomet et n'apparaît nulle part dans le Coran ; d'autres religions la pratiquent (Nigéria et Ouganda chez les chrétiens)**
- **Sentiment d'incomplétude**
- **Volonté de savoir** ce que l'on m'a fait
- **Culture de l'action** plutôt qu'introspection et travail sur soi.

Excision

200 millions
de femmes mutilées
dans le monde
(source OMS)



 @Min_FEDDF  facebook.com/MinistereFamillesEnfanceDroitsDesFemmes
www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/



Ministère des Familles, de l'Enfance
et des Droits des femmes



Ministère FEDDF @Min_FEDDF · 36 min

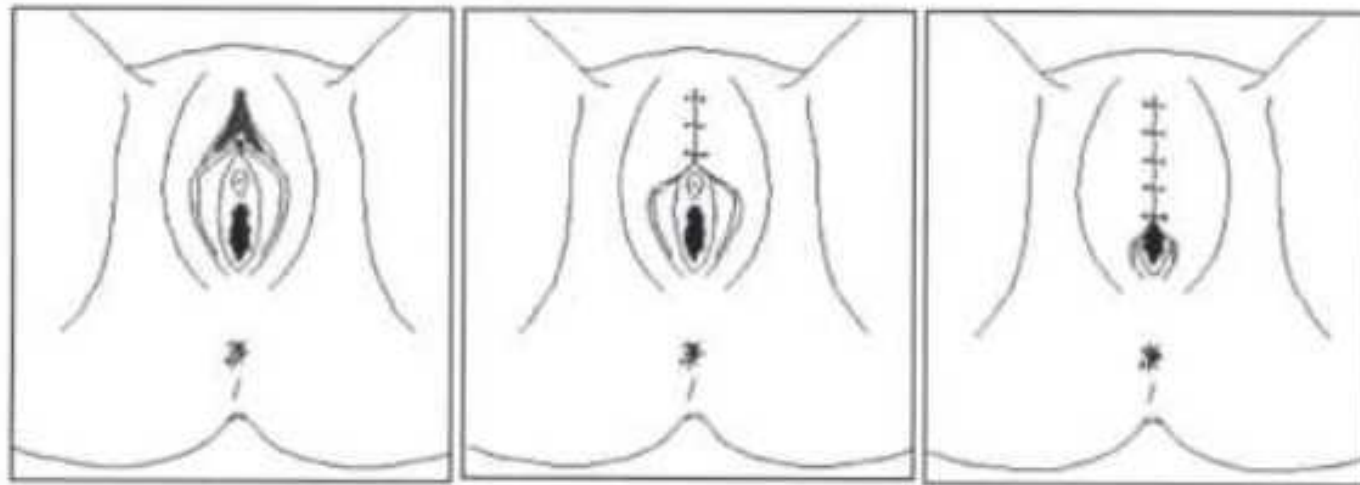
14ème journée internationale de lutte contre les mutilations sexuelles féminines #excision #6février ... illes-
enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte...

Excision

Taux de prévalence de l'excision (2011)



Excision



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris

Type II
Excision du clitoris
et des petites lèvres

Type III
Infibulation

Source : Huston P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000.

Violences sexuelles

Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study



CrossMark

Julie Pannetier, Andrainolo Ravalilhasy, Nathalie Lydié, France Lert, Annabel Desgrées du Loù, on behalf of the Parcours study group

Summary

Background Sub-Saharan African migrant women are a key population at risk of HIV infection in Europe. Using data from the ANRS-PARCOURS study, we aimed to assess the prevalence of forced sex after migration and its association with post-migration acquisition of HIV as well as the circumstances of forced sex after migration, including housing and administrative insecurity, among sub-Saharan African migrant women living in the Paris Region, France.

Methods The ANRS-PARCOURS study was a retrospective life-event survey done between February, 2012, and May, 2013, in health-care facilities in the Paris region of France. Women were eligible if they were born in sub-Saharan Africa, aged between 18 and 59 years, and had been diagnosed with HIV infection at least 3 months earlier for women receiving HIV care or not diagnosed with HIV. In this analysis, we used ANRS-PARCOURS study data to compare the incidence of forced sex after migration in three groups of sub-Saharan African migrant women: those who acquired HIV after migrating, those who acquired HIV before migrating, and those without HIV. We assessed the associations between forced sex, sexual partnerships, and living conditions after migration with mixed-effects logistic regression and generalised structural equation models. The study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02566148.



Lancet Public Health 2018;
3: e16–23

Published Online
November 22, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6)

See [Editorial page e1](#)

See [Comment page e2](#)

CEPED, IRD, Université Paris

Descartes, Inserm, équipe

SAGESUD, Paris, France

(J Pannetier PhD,

A Ravalilhasy MSc, F Lert PhD,

A Desgrées du Loù PhD); and

Santé publique France,

Saint-Maurice, Paris, France

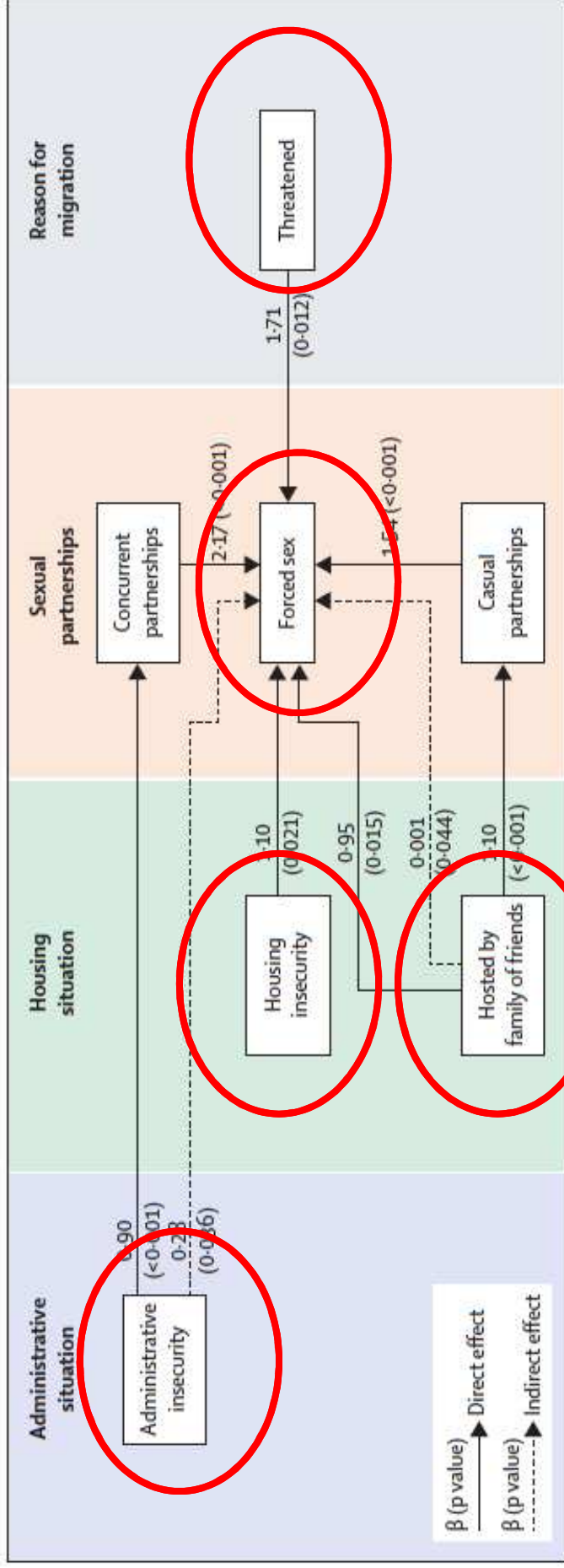


Figure: Mixed-effects generalised structural equation model of pathways to forced since 15 years of age after migration among sub-Saharan migrant women in the ANRS-PARCOURS study

	HIV acquired after migration (N=156)	Prevalence rate ratio (vs reference group)	Adjusted prevalence rate ratio (vs reference group)	HIV acquired before migration (N=391)	Prevalence rate ratio (vs reference group)	Adjusted prevalence rate ratio (vs reference group)	Reference group without HIV (N=405)	p value overall	Adjusted p value overall
Lifetime forced sex	42 (23.9%) [17.6-31.5]	1.30 [0.78-2.15; 0.307]	1.34 [0.81-2.22; 0.249]	91 (19.0%) [15.2-23.6]	1.03 [0.65-1.65; 0.885]	0.92 [0.59-1.42; 0.695]	88 (18.4%) [12.0-27.2]	0.501	0.289
Forced sex since 15 years of age	36 (20.1%) [13.8-28.3]	1.36 [0.76-2.44; 0.299]	1.41 [0.78-2.53; 0.244]	78 (16.0%) [11.8-21.3]	1.08 [0.62-1.87; 0.779]	0.93 [0.55-1.58; 0.779]	72 (14.8%) [9.2-23.0]	0.546	0.355
Forced sex since 15 years of age after migration	24 (15.1%) [10.1-21.9]	4.30 [1.95-9.44; <0.0001]	3.83 [1.75-8.41; 0.001]	20 (4.2%) [2.5-7.1]	1.21 [0.51-2.86; 0.665]	2.03 [0.66-6.24; 0.211]	18 (3.5%) [1.8-6.9]	<0.0001	0.003

Data are n, (%) [95% CI], [95% CI; p value], unless otherwise stated. Weighted percentages; CI, confidence interval; prevalence rate ratio and p value compared with the reference group without HIV using a design-based Poisson regression model, unless otherwise stated.

Table 2: Prevalence of forced sex by study group among sub-Saharan migrant women in the ANRS-PARCOURS study

15% des femmes qui ont acquis le VIH après leur migration ont subi des violences sexuelles après leur migration.

Les femmes sont particulièrement vulnérables en France quand elles n'ont pas de logement personnel, pas de titre de séjour, quand elles ont fui leur pays en raison d'une menace pour leur vie.

Dans la vraie vie...

1^{er} exemple

1^{er} exemple

Femme 34 ans, originaire du Tchad.

Consulte car « n'a pas eu d'homme dans sa vie depuis 4 ans, je ne sais pas si c'est normal »

VIH depuis 10 ans.

Charge virale indétectable sous traitement.

R.A.S. sur le plan médical.

Diminution du désir

- **Liée à son histoire médicale**
(relations sexuelles = danger)
- **Liée à son environnement social**
(situation précaire, «c'est un luxe que je ne peux pas me permettre »)
- **Liée à sa vie de femme**
(« les hommes sont tous les mêmes : coucher le premier soir pour mieux partir le deuxième »)

Ce que je peux faire

- **DONNER DES INFORMATIONS** :
indétectable = non-transmissible.
- **TRAVAILLER** sur le syndrome post-traumatique de l'annonce de la séropositivité
- **PROPOSER** des pistes pour retrouver du désir, donc du plaisir dans la vie
- **TENDRE DES PERCHES** sur les violences sexuelles subies (sexualité imposée, mutilation génitale)
- **RÉFLÉCHIR** avec elle sur son parcours de femme : finalement, que désire-t-elle vraiment ? A-t-elle besoin de quelqu'un dans sa vie ?

2^{ème} consultation

- La discussion aborde rapidement les thèmes de l'excision, qu'elle a subie enfant, de la maternité, qu'elle aimerait connaître, du désir sexuel, qui est enfoui mais présent chez elle, du plaisir, qu'elle a peu connu.

Excision

- Souvent **évoquée à la 2^{ème} ou 3^{ème} consultation** chez les femmes ayant subi cette pratique.
- **Mise en relation directe de 2 traumatismes sexuels :** comprendre que l'on a été excisée, apprendre sa séroposivité. **RÉACTIVATION** d'une blessure initiale.
- **Volonté de comprendre :** ce qui a été fait, ce qui est aujourd'hui présent, ce qui peut être fait dans l'avenir.

Excision

- Brochure mise à disposition dans le service : **aide à libérer la parole.**

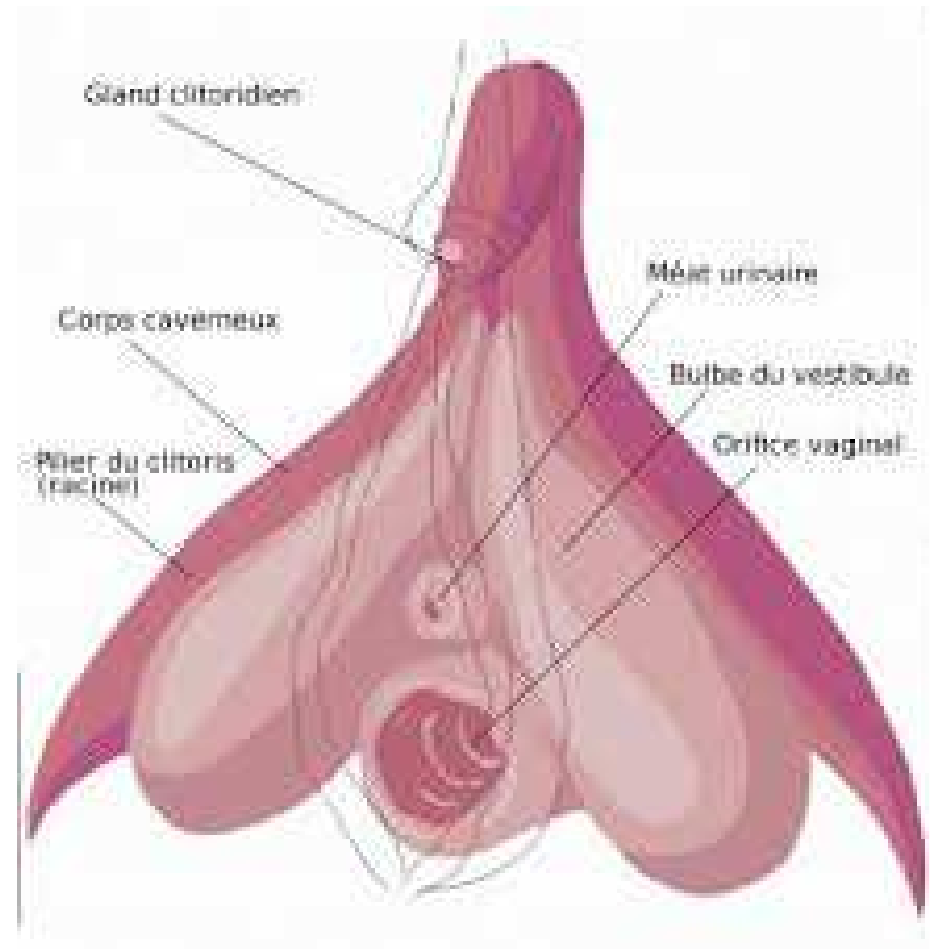


Excision

- **Travail avec l'hôpital DELAFONTAINE**
(Saint-Denis) unité de soins des femmes excisées
et la **consultation Mutilations génitales de**
l'hôpital Bichat
 - Vont généralement à la 1^{ère} consultation
 - Ne vont généralement pas jusqu'à l'intervention chirurgicale dans mon expérience
 - Veulent avant tout comprendre l'anatomie, et la physiologie du plaisir féminin.

Excision

- Exemple d'explications données
(représentation du clitoris)



Maternité

- Possibilité de **procréer « naturellement »** (rapports sans préservatifs) si charge virale indétectable : une immense avancée pour ces femmes (et leurs compagnons).
- **Réassurance sur la non-contamination** de l'enfant.

Désir

- **Diminution du désir sexuel** chez les femmes : un grand « classique » en sexologie
- **Chez les femmes migrantes** : une franchise dans la manière d'en parler, et une approche **psychologique ET physique** du trouble (« je ne lubrifie plus » par exemple)
- **Une intervention sur le désir d'être bien**, tout simplement, souvent assez efficace.

5^{ème} consultation avec cette patiente

- A rencontré un homme... dit avoir « un peu de désir », surtout rassurée par le fait qu'il la désire... Quelques baisers, étreintes, « nous n'allons pas pas plus loin ».
- A compris les conséquences de l'excision dans son cas grâce à une consultation spécialisée, ne ressent pas le besoin d'aller plus loin « pour le moment »
- Veut avoir un enfant... Et « fait tout pour, Docteur, croyez-moi ! » **????**

2^{ème} exemple

2^{ème} exemple

Homme 55 ans, originaire du Sénégal

DNID mal équilibré

Obésité (BMI 32)

Tabac 40 PA

Alcool « occasionnel » (mouais)

HyperChol HyperTG

Marié, bisexuel.

A « loupé » les 2 premiers RDV. Arrive très en retard au 3^{ème}.

Dysfonction érectile évoluant depuis 10 ans... « auto-médiquée » par IPDE5 achetés sur le net, image de soi déplorable, troubles du désir (« Docteur, je manque de testostérone, c'est sûr »)

2^{ème} exemple

- Longue discussion sur sa sexualité, à sa demande
- Ce qui est risqué, ce qui ne l'est pas en termes d'IST
- Bilan IST : RAS
- Education thérapeutique sur observance traitement ARV
- Education sur FDR Cardio-vasculaire, DE « symptôme sentinelle » etc...
- Trouble du désir « sélectif » (avec sa femme)
- Image de soi : ancien athlète de haut niveau, quand il retourne au bled « on ne me reconnaît pas »
- Bilan testo libre : à peu près normal
- Prise en charge DE par EDEX (IIC)
- Suivi +++

2^{ème} exemple

- **Union du mariage : en arabe, *Nikâh* (coït)**
 - Mais aussi en terme moins sexuel : *zawadj*
- **Impureté¹ : *Junub* en arabe**
 - État d'impureté due à la sexualité
 - Se purifier avec l' eau
- **Fornication : *Zina* en arabe**
 - Englobe homosexualité et toutes formes de perversion sexuelle (adultère, prostitution...)²
 - Peines infligées (selon époque et lieu) : dépendent de conditions très subtiles : A quel moment ont-ils été surpris? En découle le nombre de coups de fouet. Il faut deux témoins oculaires qui racontent exactement la même version étant entendus séparément

1 Godefroy A. Les religions, le sexe et nous. Calmann-Lévy. 2012. p. 98

2 Godefroy A. Les religions, le sexe et nous. Calmann-Lévy. 2012. p. 135-136

2^{ème} exemple

- Au cours du suivi, éclate en sanglots en me racontant des abus sexuels subis pendant plusieurs années (oncle...).
- **Lien thérapeutique fort** avec ce patient, nous poursuivons le travail ensemble.

3^{ème} exemple

3^{ème} exemple

Femme camerounaise 50 ans,

A appris sa séropositivité il y a 17 ans, pendant qu'elle était enceinte.

Enfant séronégatif.

Aucun rapport sexuel depuis 17 ans : « tout est verrouillé en moi ».

Auxiliaire de vie, élève seule sa fille.

3^{ème} exemple

- La sexualité, l'arbre qui cache la forêt ?
- Ne sourit pas, très refermée sur elle.
- Travail sur ses sources de plaisir dans la vie :
« 10 petites choses que j'aimais faire et que je ne fais plus ».
- Ses réponses : danser +++++, faire le ménage à fond chez moi, jardiner, les saisons...

3^{ème} exemple

- À chaque consultation, rappel de non-déTECTABLE = **impossibilité de transmettre le VIH**
- **Renforcement positif**
- **Approche comportementale (Just do it !)**

6^{ème} consultation

- A repris l'habitude de danser (seule chez elle), jardine chez elle, se promène dans les parcs de Paris (« je pensais que ce n'était pas pour moi »).
- Elle est souriante, coquette, porte des couleurs vives, elle « rayonne ».
- Elle me confie « Je ne sais pas si j'arriverai de nouveau à fréquenter quelqu'un, mais je m'aime comme je suis. Je suis née avec un éclat particulier, je l'avais perdu, je l'ai retrouvé ».

4^{ème} exemple

4^{ème} exemple

Femme 52 ans,
Séronégative

Son compagnon (originaire de Côte d'Ivoire) vit avec le VIH depuis 12 ans.

Depuis le dernier séjour au bled, refuse de prendre son traitement.

Lui impose des rapports sexuels sans préservatif.

4^{ème} exemple

- Difficile de l'emmener sur le terrain de la sexualité subie, des violences sexuelles : déni évident.
- En revanche, a entendu parler du traitement post-exposition qui l'intéresse.
- Je lui parle de la PreP. Très intéressée.
- Cette patiente a été mise sous PreP (schéma continu) sans en parler à son mari. « Satisfaite ».

**Ce que je retiens
de cette pratique**

ACCÈS aux soins de santé sexuelle

- La santé sexuelle doit être **intégrée dans les lieux de soins généraux** (pour le VIH, dans les maisons de santé, dans les centres médicaux fréquentés par les migrant-e-s)
- L'accès doit être **simple, souple, non-stigmatisant** (cf salles d'attente).
- **La compréhension mutuelle est la clé : votre rôle de médiation est ESSENTIEL !**

Formation des soignants & intervenants

- Par nos patients !
- Apprendre à écouter et assumer ses questions/ses zones d'incompétence
- Ouverture d'esprit bien évidemment, prise en compte des représentations, du contexte de vie, du rapport avec les soignants/les « sachant »

Spécificités des difficultés

- Il y a aussi (et surtout ?) de gros atouts en sexualité !
 - Vision holistique de la séduction
 - Volonté de faire des efforts (tout ne vient pas d'un médicament de prescription !)
 - Désirs assumés chez l'homme et chez la femme (souvent)
 - Connexion esprit-corps souvent forte
 - Respect des soignants/écoute/mise en application des conseils donnés.
 - **Reconnaissance**

Une femme d'origine camerounaise

Docteur, je viens juste vous revoir pour vous remercier (...). Je réapprends à me faire du bien et à faire du bien. Je trouvais important de faire l'effort de traverser Paris pour vous le dire. Comment allez-vous, vous ? C'est votre moment à vous, je vous l'offre. Faites-vous du bien.

2. HOMOSEXUELS MASCULINS

Les mots

- Parlons de HSH = Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les faits

- **Le nombre de découvertes de séropositivité ne diminue toujours pas chez les HSH, contrairement à ce que l'on observe chez les hétérosexuels, hommes ou femmes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger.**
- Environ 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité en 2015 . Les plus jeunes, âgés de moins de 25 ans, représentaient 13% des découvertes de séropositivité en 2013, cette proportion ayant évolué de façon significative depuis 2003. La proportion de personnes de 50 ans et plus était de 17% en 2013, celle-ci ayant augmenté entre 2003 et 2012. Le pic d'incidence à 50 ans et plus nécessite une vigilance particulière.
- **C'est également la population la plus touchée par les autres IST (syphilis, gonorrhées, condylomes...).**
- **Le risque de VIH et d'IST reste donc très présent pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, malgré les efforts mis en place depuis le début de l'épidémie.**

Les faits

- Près d'1 HSH sur 2 a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie (26% des moins de 25 ans ont eu un état dépressif au cours des 12 derniers mois), 19% ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie soit 5 fois plus que dans la population générale.
- 31% ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois. Les jeunes ou les hommes faisant partie des classes sociales moins favorisées sont plus fréquemment l'objet de rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes.

Les hommes homosexuels considèrent...

- Qu'ils ont des consultations médicales plus courtes que les personnes hétérosexuelles pour 15 % d'entre eux.
- Qu'ils sont témoins de propos pouvant être considérés comme discriminatoires pendant les consultations médicales pour 88 % d'entre eux.
- Que les femmes médecins ont une attitude plus positive par rapport à cette orientation sexuelle que les médecins hommes.

Dans la première édition du DSM (1952), les pratiques sexuelles suivantes faisaient partie des comportements pathologiques⁽¹⁾

- L'homosexualité
- La masturbation
- La fellation
- Le cunnilingus

⁽¹⁾ Langis P, Germain B. La sexualité humaine. 2^{ème} éd. De Boeck;2015. p. 377 et 379.

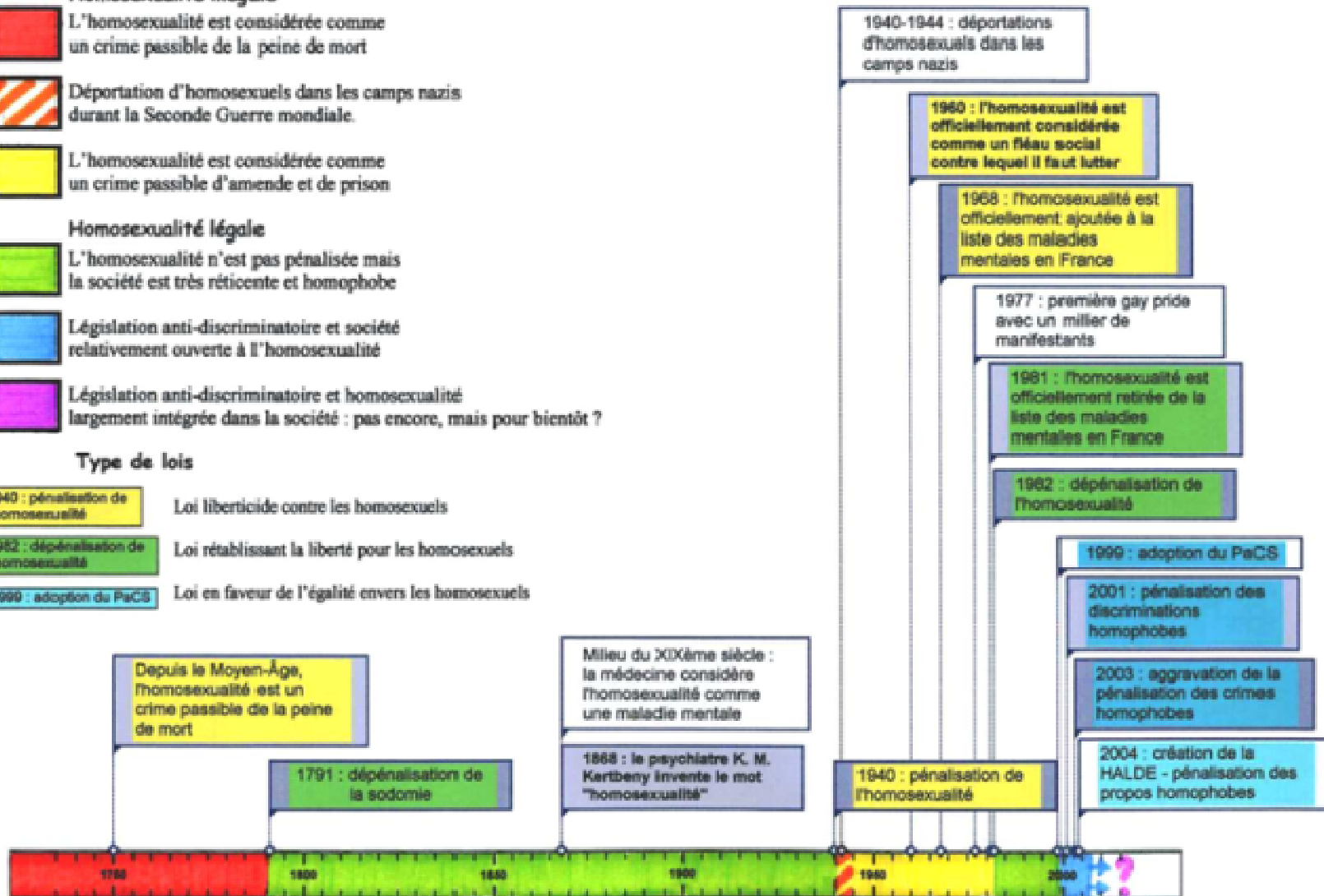
L'évolution des droits des homosexuels en France

Légende

- Homosexualité illégale**
- L'homosexualité est considérée comme un crime passible de la peine de mort
 - Déportation d'homosexuels dans les camps nazis durant la Seconde Guerre mondiale.
 - L'homosexualité est considérée comme un crime passible d'amende et de prison
- Homosexualité légale**
- L'homosexualité n'est pas pénalisée mais la société est très réticente et homophobe
 - Législation anti-discriminatoire et société relativement ouverte à l'homosexualité
 - Législation anti-discriminatoire et homosexualité largement intégrée dans la société : pas encore, mais pour bientôt ?

Type de lois

- 1940 : pénalisation de l'homosexualité Loi liberticide contre les homosexuels
- 1982 : dépenalisation de l'homosexualité Loi rétablissant la liberté pour les homosexuels
- 1999 : adoption du PaCS Loi en faveur de l'égalité envers les homosexuels





DROIT À L'ORIENTATION SEXUELLE DANS LE MONDE – VUE D'ENSEMBLE

ILGA : ASSOCIATION INTERNATIONALE DES LESBIENNES, GAYS, BISEXUELS, TRANS ET INTERSEXES

MAI 2017
ILGA.ORG



CRIMINALISATION

72 ÉTATS

Peine de mort	appliquée dans 8 États (ou parties d'États)	Emprisonnement de 14 ans à perpétuité	14 États
	non appliquée dans 5 États	Emprisonnement jusqu'à 14 ans	57 États
		Lois de « promotion »	3 États
		Pas de criminalisation	

Lois confessionnelles existant parallèlement au code civil: 19 États

Dans les pays en vert, jaune et orange, les actes homosexuels n'ont jamais été criminalisés ou ne le sont plus : 123 États

PROTECTION

85 ÉTATS

Baucoup d'États octroient plusieurs types de protection

Constitution	9 États
Emploi	72 États
Divers	63 États
Crimes de haine	43 États
Incitation à la haine	39 États
Interdiction des « Thérapies de conversion »	3 États

RECONNAISSANCE

47 ÉTATS

Quelques États autorisent à la fois le mariage et le partenariat

Mariage	22 États	Adoption conjointe	26 États
Partenariat	28 États	Adoption par un deuxième parent	27 États

Les données représentées sur ces cartes sont tirées d'Homophobic d'État – Une enquête mondiale sur le droit à l'orientation sexuelle : criminalisation, protection et reconnaissance, un rapport de ILGA rédigé par Aengus Carroll et Lucas Ramón Mendos. Le rapport et les cartes sont disponibles dans les six langues officielles de l'ONU (anglais, français, espagnol, arabe, russe et chinois) sur ILGA.org. Cette édition de la carte du monde (mai 2017) a été coordonnée par Aengus Carroll et Lucas Ramón Mendos (ILGA) et élaborée par Eduardo Enoki (eduardo.enoki@gmail.com).

Alain, 50 ans

- Marié à une femme, bisexuel « mais surtout gay ».
- Adressé « je ne sais pas trop pourquoi, l'interne de l'hôpital de jour m'a dit de venir vous voir »
- Aime découvrir de nouvelles pratiques « J'observe, je suis curieux ».
- « J'étais à une soirée fessées la semaine dernière : c'est assez fascinant à regarder ! Mais ce n'est pas mon truc, sexuellement ».
- « Je ne sais pas si je suis addict ? J'ai juste peur quand j'entends mes amis avoir une vie très sage ».

Alain, 50 ans

- Carnet, votre état d'esprit avant, votre état d'esprit après.
- Parfois 2 jours de suite « en escapade ».
- Toujours détendu après, réalise qu'il sort parfois pour se détendre « après un moment de stress ».
- Sa femme accepte la situation. « Elle ne veut pas savoir, nous n'avons de compte à rendre à personne, nous nous aimons ».

Outils PEACCE

1. Trouvez-vous que vous êtes souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? **(Pensées)**
2. Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, ami(e)s proches...) ? **(Entourage)**
3. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire ? **(Aide)**
4. Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté émotionnellement à cause de votre comportement sexuel ? **(Conséquences)**
5. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ? **(Contrôle)**
6. Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, internet, autres) ? **(Emotions)**

Un score supérieur ou égal à 3 : Addiction sexuelle

Outils PEACCE

1. Trouvez-vous que vous êtes souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? **(Pensées)**
2. Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, ami(e)s proches...) ? **(Entourage)**
3. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire ? **(Aide)**
4. Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté émotionnellement à cause de votre comportement sexuel ? **(Conséquences)**
5. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ? **(Contrôle)**
6. Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, internet, autres) ? **(Emotions)**

2/6

Alain, 50 ans



Alexandre, 25 ans

VIH découvert il y a un an.

HSH, multipartenaires, ne se protège pas (quasiment jamais), IST à répétition, me consulte un peu « par jeu » :

Je n'ai jamais vu de sexologue, c'est rigolo, je dois me déshabiller ? Etc...

Alain, 50 ans

10^{ème} consultation la semaine dernière.

- Confiance
- Alterne des phases d'utilisation des préservatifs « Je deviens presque obsessionnel de la prévention et des tests syphilis et compagnie » et de rapports non-protégés avec partenaires séropositifs
- A amené son copain il y a 1 an pour explication sur risque de transmission (TASP)
- Prescription ponctuelle d'IPDE5 car avait problème d'érection à la pose du préservatif
- Discussions sur le couple / l'amour / la difficulté d'être gay à Paris...

Philippe, 60 ans

- Marié à une femme, hétérosexuel me dit-il, 2 enfants
- VIH depuis 1 an, hépatite C depuis 10 ans en cours de traitement.
- « Je veux reprendre le contrôle »
- Fréquente des escort girls (1 à 2 fois par mois)... « Je ne peux pas m'en empêcher mais je veux changer ».

Philippe, 60 ans

- « Le préservatif, je n'y arrive pas ».
- « Je me sens vraiment nul après, comme un alcoolique qui rechute ».

Outils PEACCE

1. Trouvez-vous que vous êtes souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? (Pensées)
2. Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, ami(e)s proches...) ? (Entourage)
3. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire ? (Aide)
4. Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté émotionnellement à cause de votre comportement sexuel ? (Conséquences)
5. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ? (Contrôle)
6. Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, internet, autres) ?

6/6

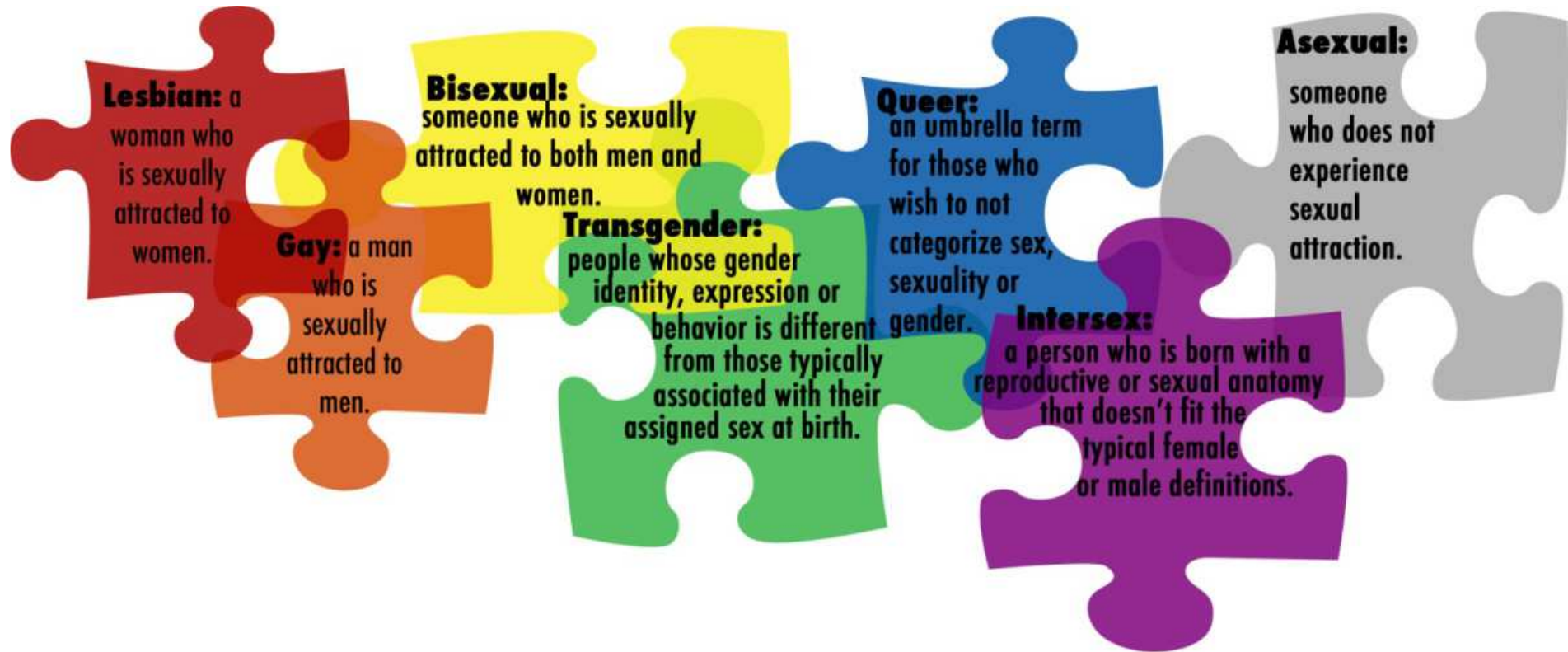
Philippe, 60 ans

i am not cool.

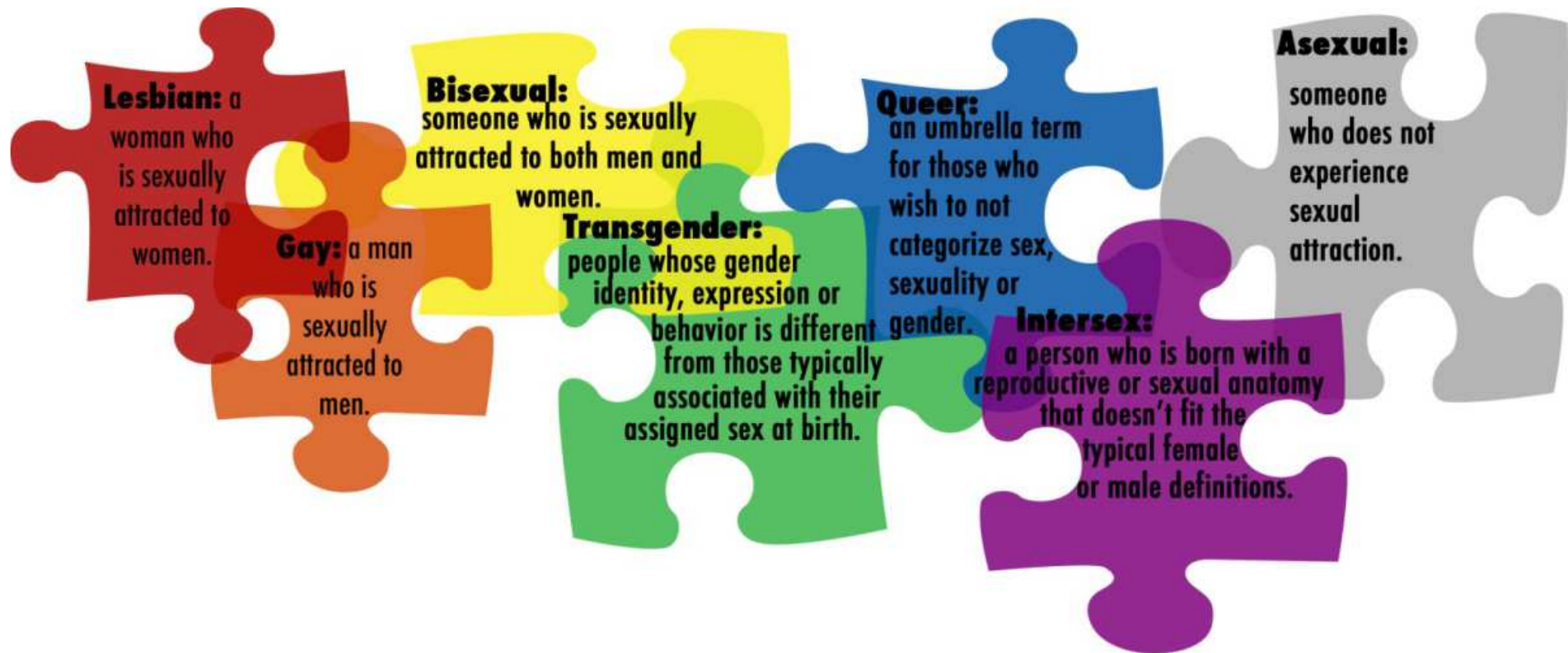
3. TRANSSEXUELS

**Quelle différence fondamentale
avec les personnes
homosexuelles ?**

LGBTQIA



LGBTQIA



15 000 Trans en France ?

"Est-ce qu'être trans est une phase?"



RAISONS POUR LESQUELLES LES TOILETTES NE DEVRAIENT JAMAIS ÊTRE MIXTES



Sophie

Changer de sexe

Faire la différence Transsexuel, transgenre ou travesti

Transgenre

Personne s'identifiant au sexe opposé au sexe biologique, sans avoir recours à un traitement ni à la chirurgie.

Transsexuel

Personne ayant le sentiment profond d'être née avec le mauvais sexe, ayant parfois recours à des traitements hormonaux et à la chirurgie afin d'exprimer son identité sexuelle.

Travesti

Personne qui, sans être en conflit avec son genre biologique, éprouve une gêne ou un mal-être par rapport à son sexe assigné afin d'exprimer une part de sa personnalité.

! Les typologies décrites ci-dessus n'ont rien à voir avec l'orientation sexuelle de la personne (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle).

Le processus de changement de sexe



Lois : La législation sur la question du transgenre en France

1975

Arrêt de la Cour de cassation qui interdit les changements d'état civil du fait de « l'indisponibilité de l'état des personnes ».

1981

Le sénateur **Henri Caillavé** présente deux projets de loi sur la transsexualité qui sont tous les deux rejetés. La question de la transsexualité est laissée au **Conseil de l'Ordre des Médecins** qui rédige l'article 41, qui indique les modalités de prise en charge médicale dans le Code de Déontologie.

1989

Résolution du Parlement Européen « sur les discriminations dont sont victimes les transsexuels ».



08 FÉV 2010

Décret du Ministère de la Santé qui reclassifie la transsexualité de l'ALD 23 à 31. **Le transsexualisme n'est plus considéré comme une maladie mentale.**

25 JUIL 2010

L'Assemblée nationale adopte le **nouveau projet de loi relatif au harcèlement sexuel**, crée le 19e critère légal de discrimination par l'intégration d'une notion d'« identité sexuelle » à l'article 225-1 du code pénal.



1970-1980

Durcissement vis-à-vis du transsexualisme. Jacques Lacan taxe le recours à la chirurgie de « délire pathologique ». Les pouvoirs publics rendent obligatoire le passage devant un psychiatre. Les hormones ne sont plus en vente libre.



1992

La Cour de cassation reconnaît aux transsexuels le droit de **modifier la mention du sexe** sur leur état civil.

2010

La résolution 1728 du Conseil de l'Europe, votée par la France, définit clairement l'identité de genre :

« **l'identité de genre désigne l'expérience intime et personnelle de son genre telle que vécue par chacun.** Une personne transgenre est quelqu'un dont l'identité de genre ne correspond pas au genre qui lui a été assigné à sa naissance ».

14 MAI 2012

Les pratiques variant d'un juge à l'autre quant à la modification ou non de la mention du sexe sur l'état civil d'un transsexuel, la circulaire n° **CV07/10** a été rédigée pour préciser aux magistrats qu'ils peuvent « **donner un avis favorable à la demande de changement d'état civil** dès lors que les traitements hormonaux ayant pour effet une transformation physique ou physiologique définitive, associés, le cas échéant, à des opérations de chirurgie plastique [...] ont entraîné un changement de sexe irréversible, sans engager pour autant l'ablation des organes génitaux ».

Les mots

- **Trans/Cis**

- FtM / Ft* / Homme trans / Garçon trans / Personne transmasculine : Personne assignée au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie femelle et pour l'état civil au genre féminin, qui transitionne vers un genre masculin et/ou fluide.
- MtF / Mt* / Femme trans / Fille trans / Personne transféminine : Personne assignée au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie mâle et pour l'état civil au genre masculin, qui transitionne vers un genre féminin et/ou fluide.

Le vécu

«Ma puberté a été une catastrophe. Mes parents ont voulu me faire interner en hôpital psychiatrique. Ma mère disait que c'était parce que j'avais des tendances suicidaires. Mais je sais très bien que c'est parce que je suis trans et que ça les gênait. J'ai décidé de fuguer.»

Eléna, jeune femme de 17 ans née dans un corps d'homme, a tenté de se laisser mourir dans le froid hivernal. *«Je ne voyais pas d'autre solution»*, explique-t-elle.

En France, où l'accompagnement de la transidentité est encore balbutiant, deux tiers des adolescents transgenres ont pensé à la tentative de suicide. Un tiers est passé à l'acte. Le nombre de Français transgenres est estimé entre 10.000 et 15.000. Les enfants transgenre représentent une naissance sur 500, selon un rapport du psychiatre et psychothérapeute Erik Schneider envoyé au Conseil de l'Europe en 2014. C'est le parcours de ces enfants et adolescents que montre la réalisatrice Lorène Debaisieux dans son émouvant documentaire *Devenir il ou elle* diffusé sur France 5 ce 10 janvier (et à revoir [ici](#)). À travers les portraits d'Eléna, Léna, Lucas, Bas et Connor, elle dessine une France encore à la traîne dans l'accompagnement des parcours de transition quand les Pays-Bas accompagnent et intègrent à leur société des adolescents transgenres heureux depuis plus de 15 ans.

1. Les personnes trans' sont souvent invisibles devant la santé publique

Sur le plan historique, et même à l'heure actuelle, il y a un manque de surveillance épidémiologique des personnes trans'. Dans la majorité des pays, les statistiques sur les personnes infectées par le VIH se divisent selon deux sexes, hommes et femmes. Dans une telle logique, il est impossible de connaître l'ampleur de l'impact du VIH chez les trans'¹.

Peu de pays réalisent un suivi des cas de VIH chez les trans', et il n'existe aucune véritable concertation sur le plan international par rapport à cette question.

2. Selon les études disponibles, les taux de séroprévalence chez les trans' sont dramatiquement élevés

Il existe peu d'études sur la séroprévalence du VIH chez les trans'. Cependant, les recherches disponibles indiquent des taux très élevés : on a retrouvé 63% à Rio de Janeiro², 62% à Buenos Aires³, 46% chez les travailleuses du sexe à Lisbonne⁴, 78% chez les travestis et trans' en milieu carcéral à Sao Paulo⁵, ou 81% chez les travailleuses du sexe trans' à Atlanta⁶.

3. L'usage de drogues augmente la vulnérabilité au VIH chez les trans'

Si les taux du VIH sont alarmants en général, la situation empire lorsqu'on parle des personnes trans' qui consomment des drogues : dans une étude menée à Madrid, 58% des trans' qui consommaient étaient séropositives, alors que le taux se situait à seulement 16% pour les personnes de cette étude qui ne consommaient pas⁷. Autre exemple, une étude à Rome chez les travestis et transsexuelles qui pratiquent la prostitution et qui consomment des drogues, où le taux de séroprévalence s'établissait à 74%⁸. Pire encore : quatre ans après le début de cette enquête, toutes les personnes étudiées étaient devenues séropositives⁹.

4. Chez les trans', les personnes migrantes et celles provenant des minorités d'origine étrangère sont parmi les plus vulnérables au VIH

Les taux de séroprévalence sont plus élevés chez les personnes provenant des minorités d'origine étrangère et les personnes migrantes au sein des trans'. Par exemple, à San Francisco, on retrouve un taux général de 35% chez les trans', un chiffre qui s'élève à 65% lorsqu'on considère uniquement les femmes trans' noires¹⁰. A Rome, une recherche a constaté un taux général de 38% chez les femmes trans', alors que chez les Brésilien(ne)s, dans la même étude, le taux de séroprévalence se situait à 65%¹¹.

5. Toutes les personnes transsexuelles ne font pas de la prostitution, et ces «Monsieur et Madame Tout-le-Monde» sont aussi à risque pour le VIH

Les rares enquêtes scientifiques disponibles sur les trans' et le VIH ont tendance à étudier surtout les travailleuses du sexe, un cadre qui vient de la santé publique (et qui renforce une longue histoire associant prostituées et maladies infectieuses). Mais ceci ne veut pas dire que les trans' qui ne sont pas des travailleuses du sexe sont à l'abri du VIH. Dans une étude récente à Paris, par exemple, chez des trans' qui, pour la plupart, ne travaillaient pas comme prostituées, 50% n'utilisaient pas un préservatif dans leurs relations avec des partenaires réguliers¹².

6. Les transsexuels de femme à homme existent aussi, et ont leurs propres besoins à l'égard du VIH

Lorsqu'on parle des personnes transsexuelles, on imagine souvent les personnes d'homme à femme (nées dans un sexe masculin, mais vivant et identifiées en tant que femmes). Par contre, il existe également les trans' de femme à homme, c'est-à-dire les gens nés dans un sexe féminin, mais qui s'identifient et vivent comme hommes. A l'égard du VIH, les trans' de femme à homme ont leurs propres besoins, surtout ceux qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes¹³.

7. Les politiques publiques augmentent la vulnérabilité des trans' au VIH

Les politiques encadrant un changement de sexe empêchent souvent une bonne intégration sociale¹⁴.

Par exemple, au Québec, jusqu'à la fin des années 1990, le changement du prénom se faisait en même temps que le changement de sexe, c'est-à-dire après une intervention chirurgicale au niveau des organes sexuels. Une telle politique voulait dire que les personnes trans' qui n'étaient pas opérées, ou qui ne voulaient pas se faire opérer, étaient obligées à vivre avec des pièces d'identité qui ne correspondaient ni à leur identité psychologique, ni à leur apparence physique. Vivre avec des papiers vous dénommant «Gérard» lorsqu'on existe dans le monde en tant que «Louise» présente des défis énormes. Comment, dans un tel contexte, chercher un appartement, trouver un emploi, ou même retirer une lettre recommandée au bureau de poste ?

Dernièrement, des progrès ont été réalisés dans ce domaine dans différentes juridictions, et la possibilité de pouvoir modifier son prénom même avant une intervention chirurgicale devient plus facile, notamment au Québec et en Espagne. Néanmoins, cette situation peut nous aider à mieux comprendre l'intérêt de politiques publiques favorisant l'intégration sociale, et non pas des politiques qui sont responsables d'une exclusion de la société pour les personnes n'ayant pas «les bons papiers».

8. L'accès aux services de santé pour les trans' doit être amélioré

Même à l'heure actuelle, il arrive régulièrement que des personnes trans' se voient refuser des services de santé. Plusieurs maisons d'hébergement pour les femmes itinérantes ou victimes de violence interdisent l'accès aux femmes transsexuelles, ce qui veut dire que ces femmes trans' se retrouvent sans aide pendant une crise émotionnelle et financière. De façon parallèle, c'est un véritable défi de trouver un programme de désintoxication et de thérapie en toxicomanie qui soit adapté aux besoins des personnes trans'. Par ailleurs, dans les services d'urgence, il arrive que les personnes trans' se fassent appeler par leur identité légale, alors que l'apparence physique ne correspond pas du tout à ce nom. Des formations visant à mieux outiller les intervenants qui travaillent dans les services de santé sont nécessaires.

9. Le traitement clinique des personnes trans' séropositives a ses propres défis

Lorsqu'une personne transsexuelle est séropositive, le suivi médical de cet individu soulève des enjeux particuliers. Par exemple, un régime des médicaments antirétroviraux a souvent comme effets secondaires la lipodystrophie et/ou la lipoatrophie, qui redistribuent les gras du corps. La graisse des fesses peut disparaître, tout comme celle sur le visage. Certains médicaments peuvent entraîner la chute des cheveux. Pour une transsexuelle d'homme à femme (donc née dans le sexe masculin mais prenant des hormones et vivant en tant que femme), la perte de ses cheveux, ou une perte de gras dans le visage et les fesses peuvent, en fait, masculiniser le corps. Ainsi, la femme trans' se retrouve avec un corps masculinisé – le contraire de ce qu'elle veut ! Il arrive donc que des femmes trans' séropositives se posent la question d'arrêter les médicaments VIH afin de conserver une apparence féminine. Le personnel traitant les femmes trans' séropositives doit comprendre que cette situation se situe bien au-delà d'une simple question d'apparence ou d'orgueil. Il s'agit de l'identité même de la personne, qui veut vivre et être reconnue en tant que femme. Un suivi clinique adapté à cette réalité complexe doit composer avec les effets et interactions entre les médicaments VIH et les hormones. De manière anecdotique, quelques femmes trans' séropositives qui perdaient leurs graisses et qui voyaient leur corps se masculiniser ont obtenu certains résultats a

10. Les actions communautaires des personnes trans' sont inspirantes !

Si le portrait donné des trans' et du VIH a été sombre jusqu'ici, soulignons aussi les actions communautaires réalisées dans ce domaine pour répondre à la crise du [sida](#) chez les trans', revendiquer une reconnaissance de cette population, et plaider pour de meilleures lois et politiques dans ce domaine. Depuis le début des années 1990, des initiatives communautaires ont sensibilisé les personnes trans' à la prévention du VIH : par exemple une revue publiée en 1992 et 1993 pour les travailleuses du sexe en Nouvelle-Zélande ; un projet d'intervention dans le Bois de Boulogne à Paris ; un sondage sur les besoins d'hébergement en désintoxication pour les trans' administré au début des années 1990 à Montréal ; ou un centre de jour pour les travailleuses du sexe trans' vivant à Vancouver. Ces actions, la plupart entreprises de façon bénévole, démontrent la capacité des communautés marginales à s'organiser, à identifier leurs besoins, et à offrir de véritables solutions à la situation actuelle. Que ces initiatives du passé inspirent nos actions aujourd'hui !

Maria, 32 ans

Patiente trans de 32 ans, M to F, me consulte pour éjaculation précoce.

Séronégative VIH, hépatites B et C.

En couple avec le même homme depuis 2 ans, prostitution au bois en parallèle.

Maria, 32 ans

Je commence par lui expliquer les « exercices » qu'elle peut réaliser (masturbation).

...

Maria, 32 ans

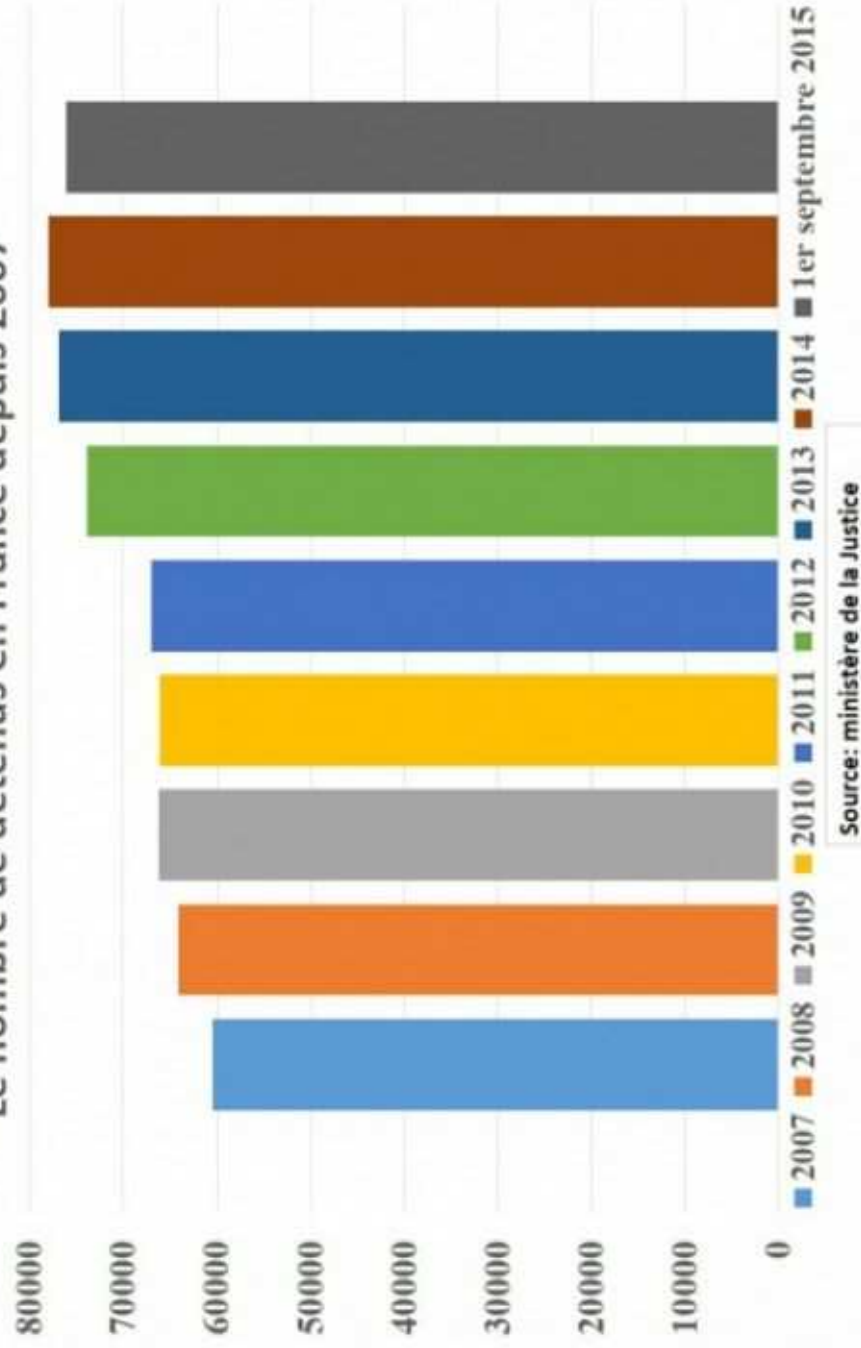
Très choquée, hausse le ton, me dit qu'elle ne fait pas ce genre d'horreurs etc...

Veut un médicament, un point c'est tout.

Elle ressort avec une prescription de PRILIGY[®], je ressors avec beaucoup de frustration...

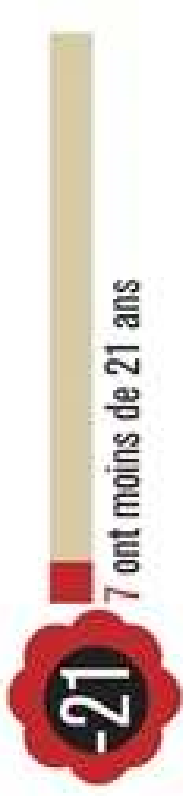
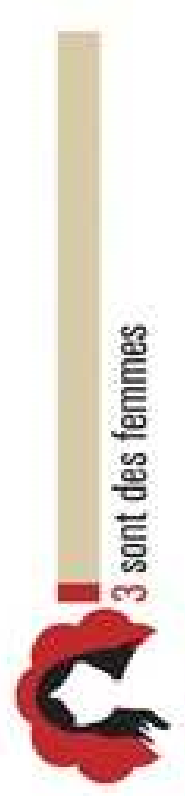
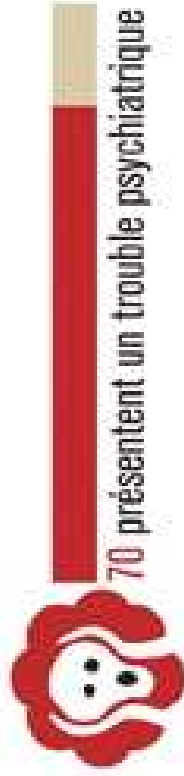
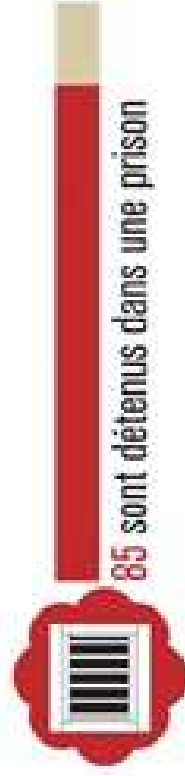
4. DÉTENU

Le nombre de détenus en France depuis 2007



Source: ministère de la Justice

SUR 100 PERSONNES ÉCROUÉES* EN FRANCE



Sources : ministère de la Justice, Inserm

Un dossier très éclairant :

https://www.alterjustice.org/dossiers/articles/130612_sexualite_prison.html

Plusieurs chercheurs démontrent qu'une pluralité de pratiques carcérales modifie le rapport que l'individu a à son propre corps (Frigon, 1999, 2001; Welzer-Lang et al. 1997; Goffman, 1968). Dès l'entrée en détention, les délinquants oublieraient leur corps, submergés par l'univers carcéral qui impose un changement radical des repères individuels. Ce traumatisme placerait les préoccupations sexuelles de l'individu au dernier rang dans les premiers temps de son incarcération (Welzer Lang et al. 1997). D'ailleurs, la première fouille à nu constituerait un rite de passage, symbolisant la coupure entre le monde extérieur et la prison. La suppression de l'intimité de la personne, la dépossession de ses vêtements et l'atteinte à son intégrité sexuelle via les mises en scène humiliantes dégradent l'image qu'elle a d'elle-même (Goffman, 1968). Le présent article a pour objectif de faire la lumière sur la façon dont le corps est utilisé pour assujettir l'individu emprisonné, notamment via sa sexualité. Les différentes pratiques sexuelles des hommes en détention seront exposées ainsi que les risques qui s'y rattachent.

Le programme de visites familiales

Une étude de Vacheret (2005) révèle que, depuis 1980, toutes les personnes condamnées à une sentence de plus de deux ans peuvent bénéficier du programme de visites familiales. Ce dernier se fonde sur une finalité de réinsertion sociale via une rencontre dans l'intimité avec un(e) conjoint(e) ou une rencontre isolée avec des membres d'une même famille. L'activité se déroule au sein de l'établissement carcéral dans un endroit isolé aménagé comme un appartement. Le personnel entre régulièrement en contact avec le détenu, mais les heures de vérifications demeurent habituellement préétablies afin de perturber l'intimité le moins possible. Bien que chaque établissement fédéral dispose d'en moyenne trois unités de logements, seulement 150 détenus sont admissibles à ce privilège à travers tout le pays. En effet, il est impossible pour une pluralité de détenus de profiter de ce programme puisque le visiteur doit absolument être une personne avec qui il est marié ou avec qui une relation est établie depuis un minimum d'un an. Il faut aussi que le visiteur assume son transport jusqu'au pénitencier, souvent bien loin de sa résidence, et qu'il se soumette à tout contrôle ou vérification considérés comme nécessaires par l'administration pénitencière... L'accès au programme dépend également du bon comportement institutionnel de la personne incarcérée. Malheureusement, le faible tût de contrevenants admissibles s'explique certainement par le fait que le Service correctionnel du Canada semble se servir du programme de visites familiales davantage en tant que contrôle informel que pour sa vertu de préserver les liens sociaux du détenu durant l'incarcération (Vacheret, 2005).

La prostitution carcérale

La prostitution de son propre corps s'avère être assez courante dans le milieu carcéral, principalement chez les hommes (Robertson, 2003). En effet, comme il existe peu de moyens pour se procurer divers items, l'échange de services sexuels devient monnaie courante. Le commerce de la drogue est considéré comme un des principaux facteurs causant la prostitution, permettant ainsi de s'acquitter des dettes accumulées. La sécurité d'un détenu refusant d'effectuer des faveurs sexuelles pour compenser une facture impayée de drogue envers un autre détenu peut se voir compromise tant les enjeux sont importants (Guérette, 1999).

L'homosexualité

Même si la sexualité entre personnes du même sexe est une pratique courante au sein des prisons, l'homosexualité est majoritairement considérée comme en étant une d'occasion, car les détenu(e)s se retrouvent avec exclusivement des personnes du même sexe (Guérette, 1999). Si ces personnes veulent satisfaire leurs besoins sexuels par un moyen différent que la masturbation, ils sont contraints d'entretenir des rapports homosexuels. Cela ne permet en aucun cas d'affirmer que ces personnes sont nécessairement homosexuelles. L'orientation des détenus n'influe que rarement sur leurs actions: c'est le besoin de combler leurs désirs qui prime.

Viol et sévices sexuels

James R. Robertson (2003) affirme qu'un nouveau détenu peut être victime de viol, et ce, dès sa première nuit en prison. Les victimes les plus fréquentes seraient les détenus atteints de déficiences mentales ou physiques, les personnes incarcérées pour crimes sexuels ou qui troublent les mœurs, les jeunes arrivants, les plus gringalets et ceux qui ont la réputation de délateur (Ricordeau, 2004). Malheureusement, les entrevues effectuées auprès des hommes dans diverses recherches révèlent que, même s'ils n'ont pas eux-mêmes été victimes d'agressions sexuelles dans l'établissement, ils en ont été témoins ou en ont eu oui-dire (Guérette, 1999; Eigenberg, 2000; Robertson, 2003; Ricordeau 2004). Il est cependant difficile d'avoir l'heure juste sur le sujet puisque le taux de dénonciation est excessivement bas. Par peur de représailles ou par honte, ils éviteraient non seulement de porter plainte, mais ils n'oseraient pas non plus consulter un médecin, empêchant un dépistage rapide d'une possible infection transmise sexuellement (Robertson, 2003).

VIH 17 fois plus élevé...

Hépatite C 40 fois plus élevée...

Maladies transmissibles sexuellement: des données inquiétantes

Le rapport annuel du Bureau de l'enquêteur général (2011-2012) indique que le taux d'infection au VIH est 17 fois plus élevé en détention que parmi la population générale. Quant à l'hépatite C, elle serait de 30 à 40 fois plus répandue en milieu carcéral qu'en communauté. Les maladies transmissibles sexuellement les plus fréquentes sont la chlamydia, la gonorrhée, l'herpès génital et l'hépatite B, mais le VIH est certainement le fléau le plus inquiétant (Robertson, 2003). En détention les relations sexuelles non protégées, consentantes ou non, sont fréquentes et augmentent le risque de transmission. Effectivement, l'usage du condom demeure quasi absent dans la majorité des établissements correctionnels (Saum et al. 1995). Le Service correctionnel du Canada met des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires à la disposition des détenus. Toutefois, ces derniers se sont plaints du manque d'accessibilité de ces ressources dû à des distributeurs brisés ou vides (Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2011-2012). La santé de la population carcérale est donc compromise par le risque dangereusement élevé de contracter une infection transmise sexuellement.

Conclusion

Finally, la santé sexuelle des détenus n'est ni reconnue, ni approchée de façon positive et respectueuse. Les pratiques sexuelles en détention sont risquées et souvent coercitives. Elles ne correspondent en rien à la définition de la santé sexuelle établie par l'Organisation mondiale de la santé et à laquelle le Canada prétend adhérer. En détention, les pratiques sexuelles ne sont plus associées au plaisir, mais à la souffrance. Il faut que la personne sorte de prison en ayant gagné quelque chose. Les chances d'un avenir prometteur pour une personne ayant été incarcérée sont pratiquement nulles si elle ressort de détention plus démunie qu'à son arrivée (Desprez, 1868). Les gens incarcérés devraient être reconnus comme étant une personne avant d'être criminelle, car «une société démocratique plus portée à exclure qu'à lier ne peut se projeter en avant. Otage de ses peurs, elle ne peut construire qu'un lien social pauvre et négatif» (Salas, 2005).

408 **quelles sont les actions de prévention en matière de transmission du VIH et des hépatites en prison ?**

Une brochure d'information et de prévention doit être remise à chaque entrant **en** détention lors de la visite médicale d'entrée. Des **préservatifs** et du lubrifiant sont mis à la libre disposition des détenus depuis plusieurs années. Ils sont disponibles **en** général à l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ou au service médical de la **prison**. Une trousse de sortie comprenant des **préservatifs**, un dépliant d'information sur le VIH et des adresses utiles est également remise à tout détenu sortant **en** permission ou définitivement. Si la présence des **préservatifs** est aujourd'hui assurée dans tous les établissements pénitentiaires, ils ne sont pas toujours faciles d'accès, avec la discrétion qui s'impose dans un contexte de discrimination aiguë à l'égard de l'homosexualité **en** milieu carcéral.

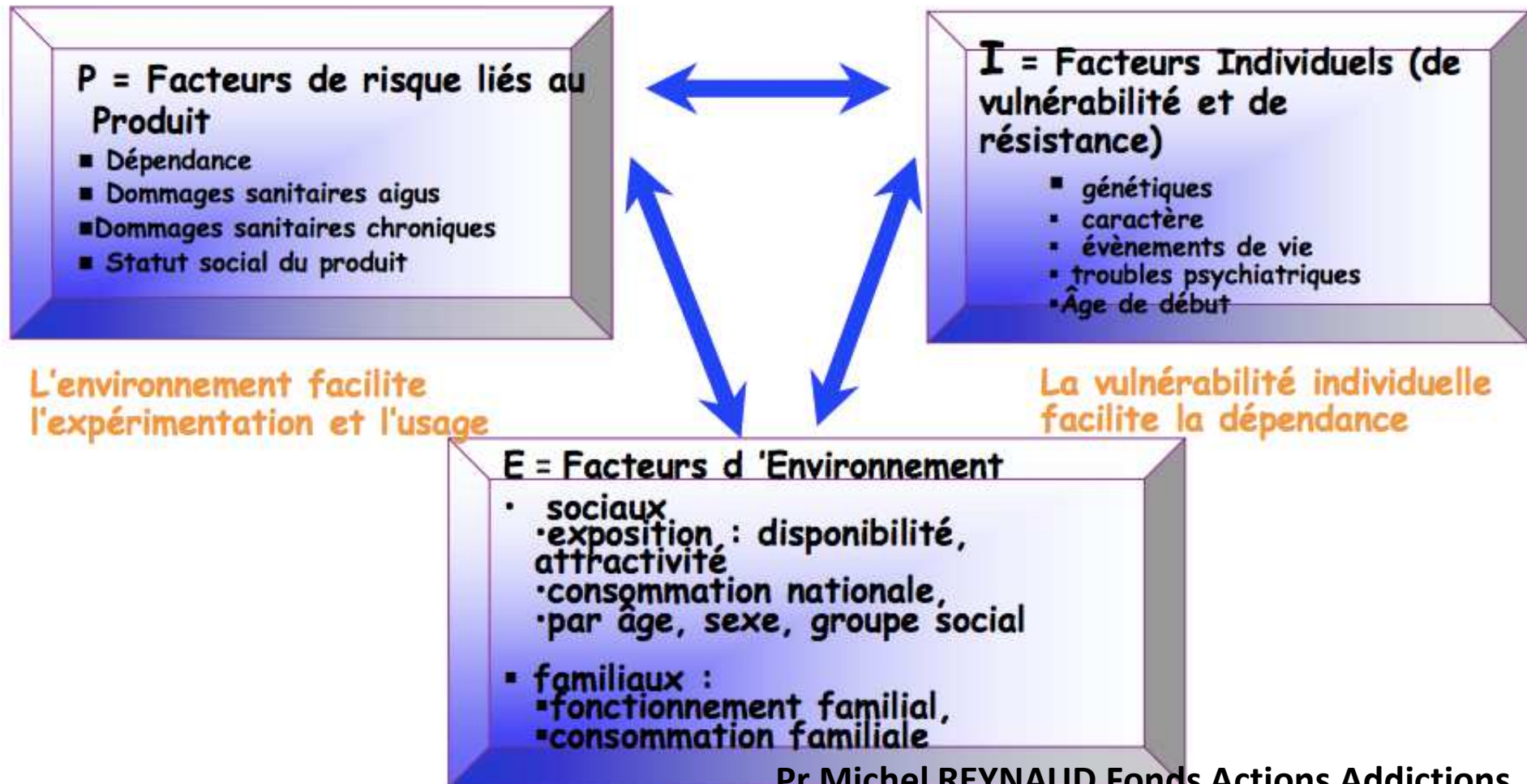
L'établissement de santé publique qui dispense les soins **en** milieu pénitentiaire est chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire. L'UCSA ou le service médical doit donc prévoir des séances d'information sur des maladies comme le sida et les hépatites, au moyen d'émissions ou films de prévention diffusés sur le circuit de télévision interne, d'affiches et de tracts, d'espaces de parole, etc.

En ce qui concerne la contamination par voie intraveineuse, l'administration pénitentiaire s'est toujours refusée à appliquer dans ses établissements la vente ou la distribution de seringues propres et stériles, **en** vigueur à l'extérieur. Elle s'est contentée hypocritement de la distribution d'eau de Javel pour la désinfection des seringues "artisanales" fabriquées par les détenus.

5. USAGERS DE DROGUE INTRAVEINEUSE

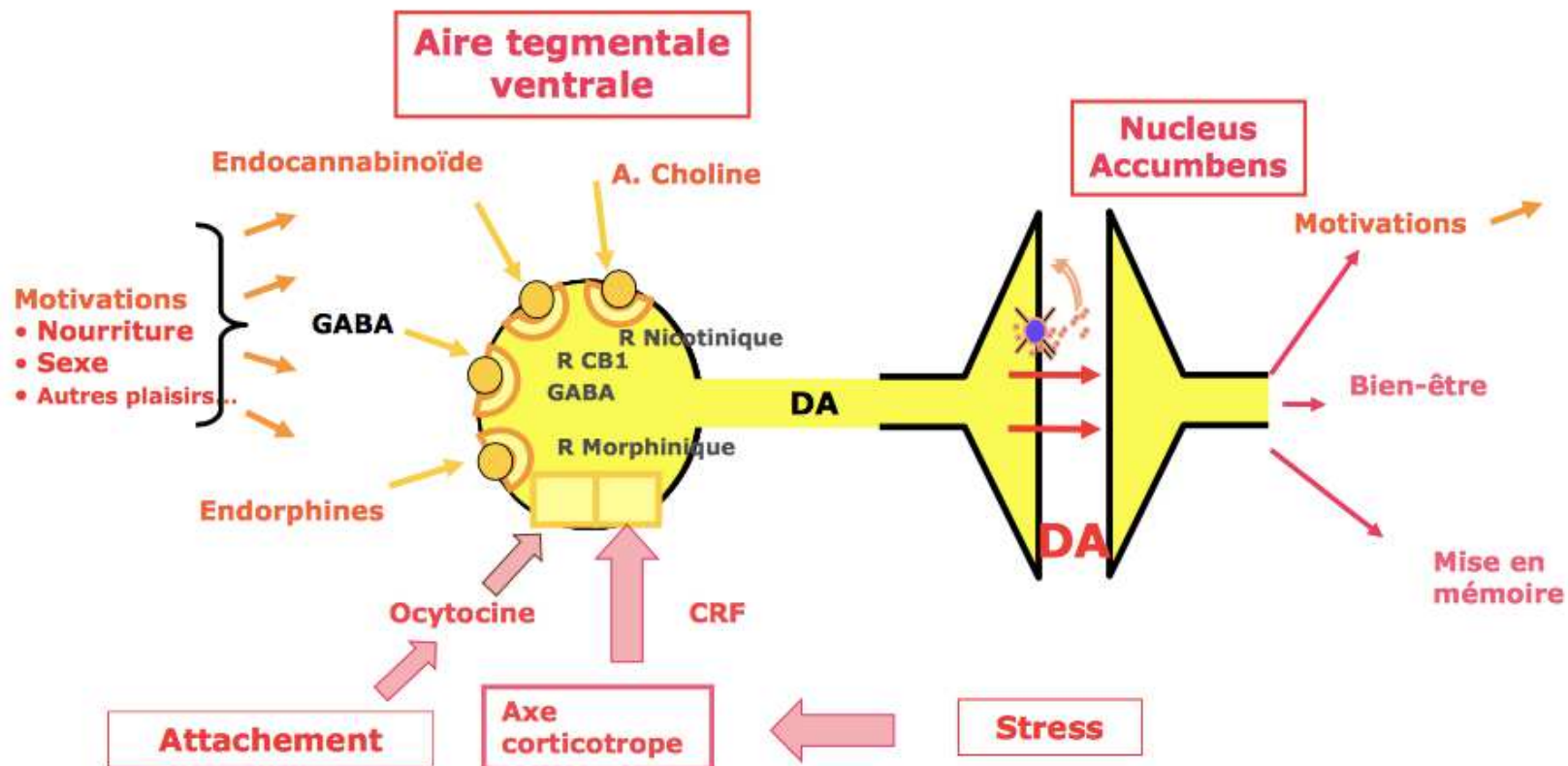
Vers l'addiction

Interactions : Produit (P) × Individu (I) × Environnement (E)



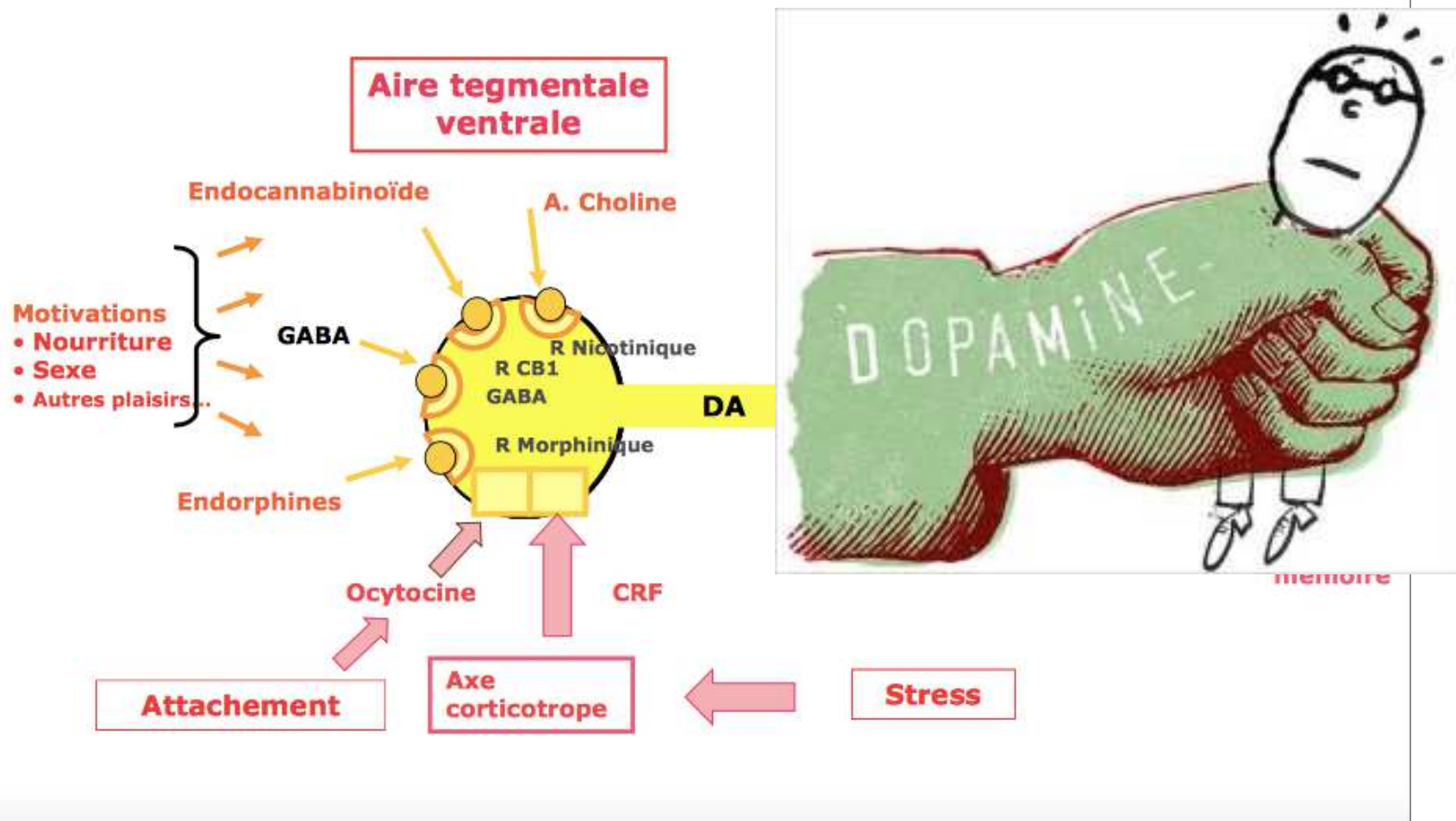
Le plaisir est dans la synapse

Modulation de la synapse dopaminergique



Le plaisir est dans la synapse

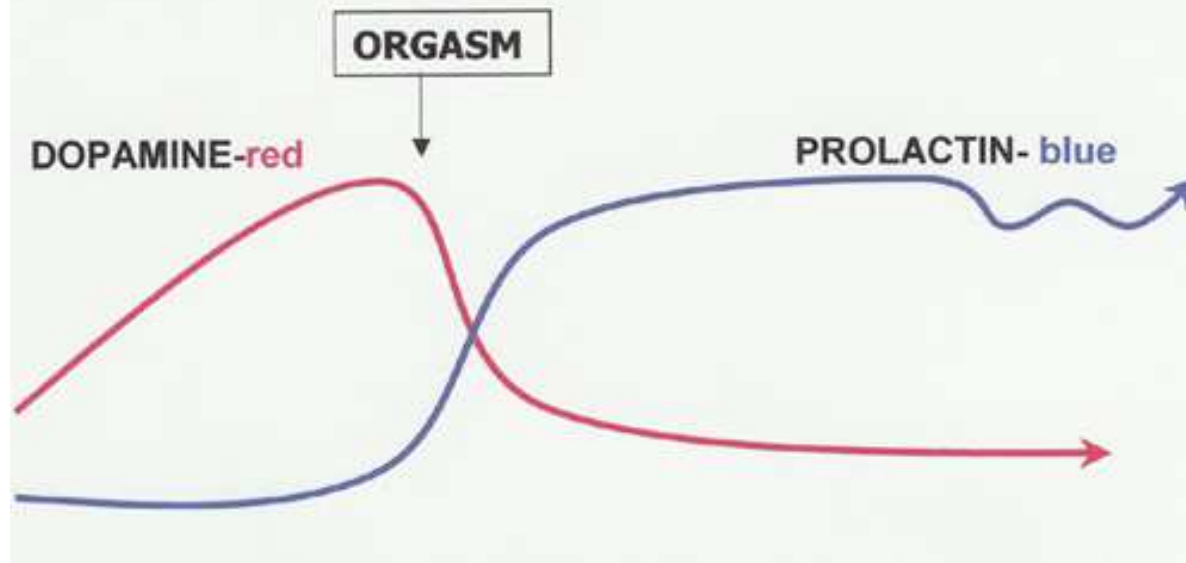
Modulation de la synapse dopaminergique



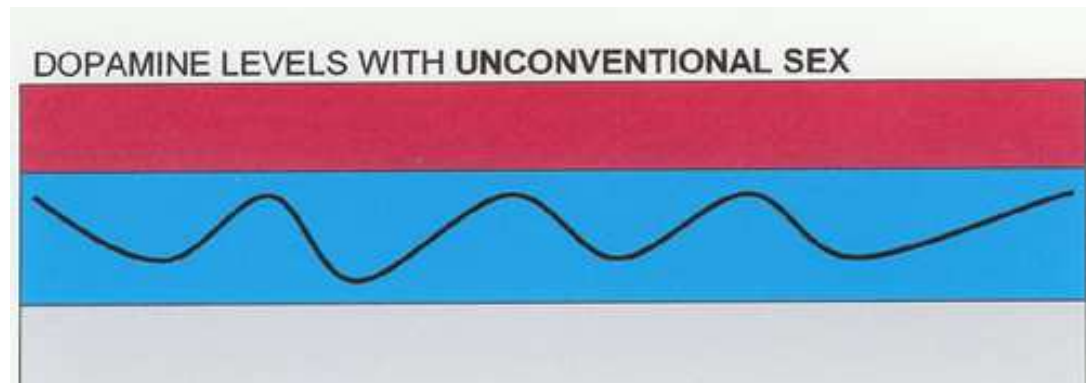
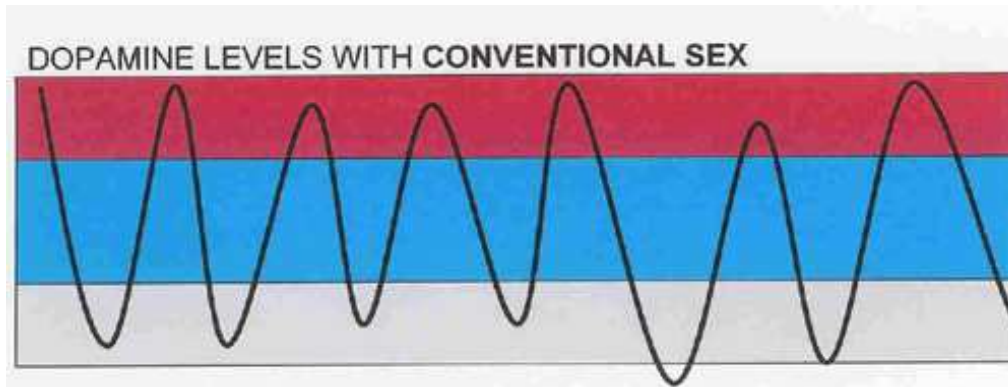
Orgasme = shoot de dopamine

PROLACTIN – DOPAMINE RELATIONSHIP

- ❖ At orgasm dopamine drops and prolactin shoots up.
- ❖ Prolactin functions to shut down sexual desire.
- ❖ Prolactin continues to be released in surges for up to two weeks after orgasm.
- ❖ There is an inverse relationship between dopamine and prolactin-when one is high the other is low.



Sexe classique versus taoïsme



La toxicomanie peut être caractérisée par une dépendance physique ou psychique, une tendance à organiser son quotidien autour de la recherche du produit et de sa consommation, avec des conséquences souvent dommageables avant tout pour l'individu, mais également pour la société. L'usage de drogues (dont la toxicomanie n'est qu'une des facettes) recouvre à la fois des produits, des pratiques, des profils et des contextes d'usage extrêmement variés. L'Observatoire européen des drogues (*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction*, EMCDDA) a proposé une formalisation de la diversité des rapports aux drogues : l'expérimentation, l'usage dans l'année, l'usage régulier et l'usage problématique.

Cette classification s'impose aujourd'hui dans le domaine de l'épidémiologie des pratiques et consommations de drogues. Elle permet un langage partagé dans le domaine de la recherche et de l'épidémiologie des conduites addictives, et introduit un premier niveau de caractérisation des usages sans rendre compte toutefois de leur complexité.

La dépendance aux drogues peut exposer à différents problèmes de santé (overdoses, problèmes pulmonaires, troubles psychiatriques, etc.). Certaines modalités de consommation peuvent également favoriser les infections virales et tout particulièrement l'infection par le VIH et le VHC, par le biais du partage du matériel d'injection, de pailles de snif ou de pipes à crack.

Le risque de transmission du VIH et des hépatites lors du partage des seringues est globalement connu des usagers de drogues injecteurs (UDI), ce partage a considérablement diminué depuis quelques années en France. Par ailleurs, l'incidence du VIH semble plus faible chez les usagers ayant commencé à se droguer après les premières mesures d'accessibilité aux seringues stériles en pharmacie.

En 2006 en France, d'après l'Office français des drogues et toxicomanie (OFDT), le nombre d'individus ayant un usage problématique de drogues était estimé entre 210 000 et 250 000, soit environ 5,9 UD pour 1 000 habitants âgés de 15-64 ans. Il s'agit de consommateurs de drogues injectables ou de consommateurs de longue durée, d'utilisateurs réguliers d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Au sein de cette population, 80 000 UD (2,1 pour 1 000) peuvent être considérés comme des UD injecteurs actifs (au cours du dernier mois) et 145 000 (3,7 pour 1 000) auraient utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie.

- Les usagers de drogues sont essentiellement masculins (74 %) et l'âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes.
- Cette population est fortement marquée par la précarité sociale : 19 % vivent dans la rue et plus de la moitié n'ont pas de logement stable.
- La moitié des consommateurs d'opiacés est concernée par des traitements médicaux de substitution.

Selon l'EMCDDA, la population d'usagers de drogues en France se situe dans la moyenne des pays européens. Ainsi, la prévalence générale de l'usage problématique de drogues est estimée en Europe entre 2 et 10 cas pour 1 000 ; la France ayant une prévalence inférieure à l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni, mais supérieure à l'Allemagne. Quant au nombre de décès liés à la drogue en Europe, il serait en hausse dans la plupart des pays européens, et était estimé à 7 371 cas en 2008 dans les États membres de l'Union Européenne et la Norvège contre 7 021 en 2007. Cette mortalité englobe les décès directement ou indirectement causés par la consommation de drogues (overdose, VIH/sida, accidents de la circulation, violence, suicide et problèmes chroniques).

Une étude éclairante sur les rapports entre héroïnomanie et sexualité

Une étude menée par Pacheco et coll.* éclaire sur les rapports entre sexualité et héroïnomanie ainsi que les paradoxes et les variations qui s'y rattachent. 101 patients consécutifs (61 hommes et 40 femmes) et 102 témoins appariés pour le sexe, l'âge, le statut social marital et religieux ont été recrutés afin d'évaluer l'influence des effets sexuels sur la poursuite ou l'arrêt de l'héroïne.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'orientation sexuelle ou la stabilité relationnelle (durée moyenne de 4,9 ans).

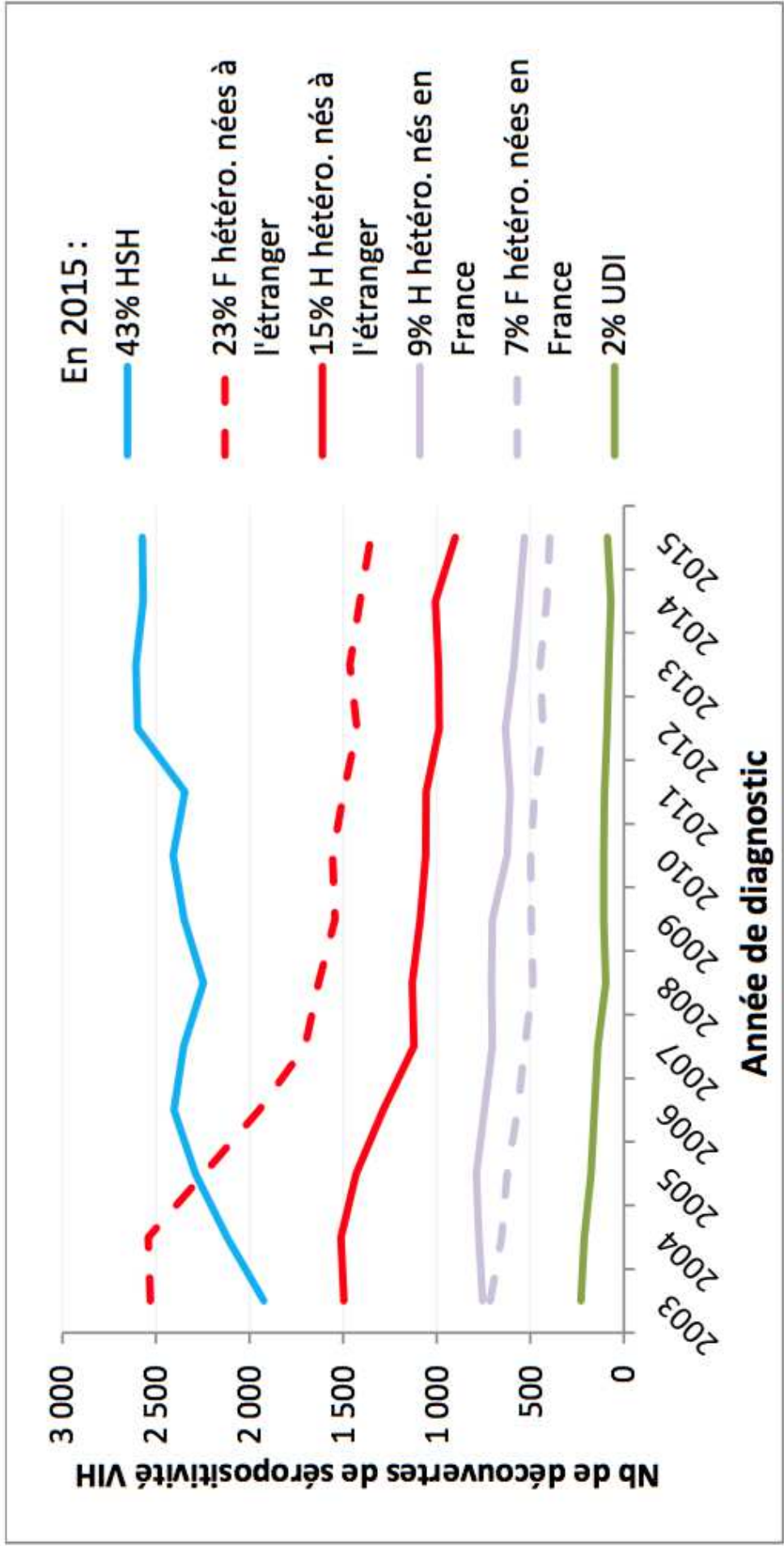
- Les patients du groupe contrôle étaient significativement plus nombreux à pratiquer une religion comparativement aux patients avec addiction à l'héroïne, respectivement 30% d'hommes et 42% de femmes *versus* 13% d'hommes et 18% de femmes ($p < 0,05$).
- Les hommes et les témoins avaient une consommation d'alcool comparable alors que les femmes avec addiction consommant de l'alcool étaient significativement plus nombreuses que celles du groupe témoin (50% *vs* 29,3%, $p < 0,05$).
- Un seul homme toxicomane avait une partenaire toxicomane alors que 17 des femmes toxicomanes avaient un partenaire toxicomane.
- Il n'y avait pas de différence entre les femmes des deux groupes, pour la fréquence des rapports sexuels ou de la masturbation. En revanche, chez les hommes du groupe contrôle, la fréquence des rapports sexuels et de la masturbation était significativement supérieure à celles des héroïnomanes : respectivement : 3,9% *vs* 2,4% $p < 0,05$ et 1,3% *vs* 0,5% $p < 0,05$.

Les auteurs ont observé que, malgré le préjudice sexuel de la toxicomanie, la plupart des patients poursuivaient une vie sexuelle. La dysfonction sexuelle induite par l'usage de la drogue avait motivé l'arrêt de consommation d'héroïne chez 42,6% des hommes et 45% des femmes.

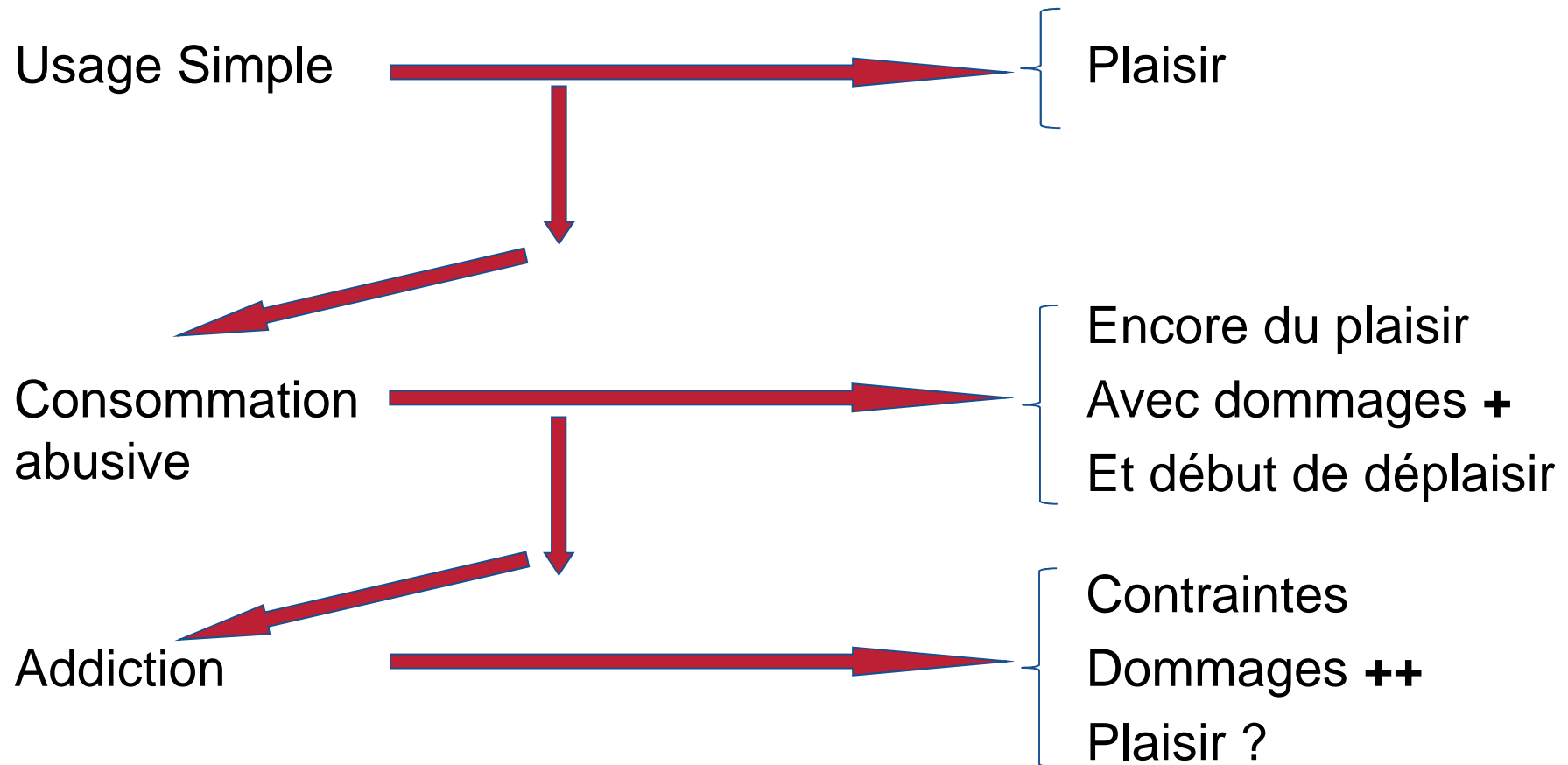
Les dysfonctions sexuelles étaient les suivantes :

- une baisse de la libido, chez 75% des hommes et 68% des femmes avec addiction, contre 5% des hommes et 20% des femmes qui la trouvent augmentée ;
- une altération de l'excitation, chez 71% des hommes et 60% des femmes, contre 5% des hommes et 18% des femmes qui rapportent le contraire ;
- une réduction de l'aptitude à atteindre un orgasme, chez 60% des femmes et des hommes, contre 8% des hommes et 15% des femmes qui la trouvent augmentée ;
- une réduction de la satisfaction sexuelle globale, chez 72% des hommes et 65% des femmes, contre une augmentation pour 7% des hommes et 20% des femmes ;
- une augmentation de la satisfaction sexuelle au cours des 6 premiers mois d'usage de l'héroïne, chez 21% des hommes et 28% des femmes, contre 20% des hommes et 40% des femmes qui pensent le contraire.

* Pacheco Pablo et al., "A study of the sexuality of opiate addicts", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2002, 28, 5, 427-437.



De l'usage simple à l'addiction



Slam

- Injection intraveineuse de produits de type psychostimulant ;
- Dans quel cadre ?
 - Sexualité de groupe (au début) ;
 - Rencontre sur internet (« chemsex ») ;
 - ou via applications géolocalisées ;
 - Sessions
 - Organisées ;
 - Pouvant durer jusqu'à plusieurs heures (jusqu'à 48 / 72 h d'affilée) ;
- Apparition vers 2010.

Karila L, Billieux J, Benyamina A, Lançon C, Cottencin O. The effects and risks associated to mephedrone and methylone in humans: A review of the preliminary evidences. *Brain Res Bull* 2016. pii: S0361-9230(16)30048-X.

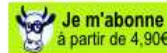
Karila L, Megarbane B, Cottencin O, Lejoyeux M. Synthetic cathinones: a new public health problem. *Curr Neuropharmacol* 2015;13:12-20

Cottencin O, Rolland B, Karila L. New designer drugs (synthetic cannabinoids and synthetic cathinones): review of literature. *Curr Pharm Des* 2014;20:4106-11.

Slam

Chemsex : quand les marathons de sexe sous substances psychotropes font brutalement remonter les taux de MST et les contaminations VIH

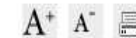
L'utilisation de substances psychotropes ou de drogues de synthèse lors d'un rapport sexuel est particulièrement courante chez les hommes homosexuels. Et cette pratique à risques tend à se démocratiser.



[Ajouter au classeur](#)

[Suivre ce contributeur](#)

[Lecture zen](#)



L'utilisation de substances psychotropes ou de drogues de synthèse lors d'un rapport sexuel est particulièrement courante chez les hommes homosexuels. Crédit Reuters

SANTÉ SEXUELLE ET SEXOLOGIE



MERCI !