



sion française du DSM-5 américain (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Editions Elsevier Masson).

C'est, comme toujours avec ce système de classification, une affaire éminemment complexe où l'on tente, objectivement, d'établir une vérité dans une forêt de subjectivités interpersonnelles. Pas moins de six pages d'une grande densité typographique et conceptuelles qui précèdent le «Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration» (cinq pages). Vient ensuite (trois pages) la «diminution du désir chez l'homme», caractérisée par la «déficience ou absence répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives et du désir d'activité sexuelle». L'âge et les contextes généraux et socioculturels de la vie du sujet doivent être pris en compte par le clinicien.

A leur façon, les auteurs du DSM-5 répondent de manière éclairante à l'une des questions soulevées par l'assimilation de l'Addyi au Viagra: «Contrairement à la classification des troubles sexuels chez les femmes, les troubles du désir et de l'excitation ont été retenus comme des constructions distinctes chez les hommes. En dépit de certaines ressemblances dans l'expérience du désir chez les hommes et les femmes, et le fait que le désir fluctue dans le temps et dépend de facteurs contextuels fait état d'un désir sexuel plus fréquent et plus intense que les femmes.»

Ce chapitre de la sexologie conduit aussi, immanquablement, à soulever la question de la physiopathologie de cette entité ou, pour le dire autrement, si une «baisse» ou un «manque» de «libido» équivaut à une pathologie indiscutable ou au fruit d'une entreprise ayant pour but de vendre une nouvelle spécialité pharmaceutique proposée, précisément dans cette indication. Psychiatriser l'absence de désir? Prescrire à tout prix? Ne pas répondre à une souffrance plus ou moins suggérée? Normaliser coûte

## immunologie

### Statines et agressivité: des effets inégaux selon le sexe, l'âge et la molécule

Largement utilisées pour réguler les taux de cholestérol et réduire le risque de maladie cardiovasculaire, les statines peuvent provoquer de façon reproductible irritabilité et agressivité chez certains patients. Pourtant, elles ont notamment pour effet chez les hommes de réduire les taux de testostérone, un facteur d'agressivité.

Afin de mieux définir les effets des statines sur le comportement, des chercheurs californiens ont inclus dans une nouvelle étude environ 700 hommes âgés de 20 à 70 ans et, contrairement à de nombreuses autres recherches, plus de 300 femmes, ménopausées, de plus de 45 ans. Tous ont pris des statines ou un placebo pendant six mois. Les statines utilisées étaient soit de la simvastatine, soit de la provastatine. L'agressivité a été estimée à partir d'une échelle évaluant les comportements agressifs verbaux, contre des objets, contre les autres ou contre soi.

Il en résulte que les statines affectent les individus de façon très inégale selon qu'on soit homme ou femme, jeune ou moins jeune. De façon significative, elles réduisent l'agressivité chez les hommes, principalement chez les hommes de moins de 40 ans, et l'augmentent chez les femmes ménopausées. Il est donc possible de prédire une

diminution de l'agressivité grâce au sexe, à l'âge, à la baisse de la testostérone consécutive à la prise de statines pour les hommes et à l'amélioration du sommeil. La détermination des causes biologiques reliant statines et comportement est en cours.

Pour quelques individus, la prise de simvastatine a eu des effets opposés, qui peuvent s'expliquer par une augmentation des troubles du sommeil: «Les variations du taux de testostérone et de la qualité du sommeil prédisent des variations du comportement. Une réduction plus importante de la testostérone sous simvastatine est liée à une diminution plus importante de l'agressivité. Une plus grande augmentation des troubles du sommeil est associée à une plus grande augmentation de l'agressivité», résumant les auteurs.

Marina Casseliny

Golomb BA, Dimsdale JE, Koslik HJ, et al. Statin effects on aggression: Results from the UCSD statin study, a randomized control trial. PLoS One 2015;10: e0124451.



que coûte l'intimité?

Il existe, sur ce thème, une publication assez dérangeante<sup>3</sup> en ce qu'elle est à contre-courant des lectures dominantes. Elle est signée des Drs Florence Cour (Service d'urologie, Hôpital Foch, Université de Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines) et Mireille Bonierbale (Service de psychiatrie, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille).

«Les troubles du désir sexuel (TDS) sont l'une des dysfonctions sexuelles féminines les plus difficiles à traiter à cause de la difficulté du repérage des limites entre le normal et le pathologique, écrivent-elles. Sans désir, la femme peut ne pas assimiler l'absence de sexualité à une souffrance. En revanche, ce sont souvent les conséquences de cette situation qui l'amèneront à consulter. La peur de perdre son partenaire, la crainte de ne pas être comme les autres dans un contexte sociétal très normatif sont les motifs les plus fréquents de consultation. Une femme «bien

dans sa peau» sera bien dans son désir. Le rétablissement d'un désir réactif au contexte affectif avec le partenaire peut être retenu comme objectif thérapeutique. La complexité et le caractère multifactoriel des TDS féminins rendent toute solution unique insuffisante, l'exhaustivité de l'évaluation initiale et la précision des objectifs de la prise en charge thérapeutique sont essentiels.»

C'est, en quelques lignes, dire ce que chacun sait ou pressent: Addyi ne pourra pas tout. Pas plus que ne le peut le Viagra.

Jean-Yves Nau  
jeanyves.nau@gmail.com

1 Datée du 18 août la décision de la FDA est disponible à cette adresse: [www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm458734.htm](http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm458734.htm)

2 Sur ce sujet voir «Normalité de la libido (féminine)». Rev Med Suisse 2010;6:1378-9.

3 Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. Prog Urol 2013;23:562-74.