



HAL
open science

Corps étrangers intra-rectaux : étiologie et prise en charge des patients, une étude rétrospective multicentrique

Nima Shaykhian

► **To cite this version:**

Nima Shaykhian. Corps étrangers intra-rectaux : étiologie et prise en charge des patients, une étude rétrospective multicentrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01733624

HAL Id: hal-01733624

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733624>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Nima SHAYKHIAN

Le 06 janvier 2012

CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX :

**ETIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, UNE ETUDE
RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE.**

Examineurs de la thèse :

M. le	Professeur PEYRIN-BIROULET Laurent	Président
M. le	Professeur BRONOWICKI Jean-Pierre	}
M.le	Professeur KAHN Jean-Pierre	} Juges
M. le	Docteur LEGIEDA Michel	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
 Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
 Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
 Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
 Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ –
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
 Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**1^{ère} sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE****1^{ère} sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRÉSSNOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédéric CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)**

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE****3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE**1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION****3^{ème} sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE****1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET**DOCTEURS HONORIS CAUSA**Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
*Université de Dundee (Royaume Uni)*Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. PEYRIN-BIROULET

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

La gentillesse de votre accueil, votre amabilité et l'intérêt que vous avez porté à notre travail ont constitué pour nous un encouragement important.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre profond respect.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur J-P BRONOWICKI

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Soyez assuré de notre respect et de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur J-P. KAHN

Professeur de psychiatrie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse.

Recevez toute notre infinie reconnaissance.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur M. LEGIEDA

Médecin généraliste de Bambiderstroff

Vous nous avez fait l'honneur de nous guider tout au long de la réalisation de cette thèse.

Nous avons eu l'insigne honneur de bénéficier de votre enseignement et de découvrir grâce à vous la richesse et la diversité de médecine générale. Vous serez toujours un exemple de bonté et de professionnalisme que nous suivrons.

Soyez certain de notre extrême gratitude et de notre profond respect.

A ma mère,

Je te remercie d'avoir cru en moi depuis ma naissance, pour tes encouragements constants. Je t'exprime mon infinie reconnaissance.

A ma famille élargie,

Je vous remercie tous de toujours avoir été là quand j'étais dans le besoin, pour m'écouter et m'encourager depuis des années. Pour ce que vous m'avez aidé à devenir, je vous exprime ma profonde reconnaissance.

A ma femme Caroline,

Je te remercie d'être à mes côtés par temps de soleil comme de pluie. Je t'exprime mon éternel amour.

A ma tante Mannaz,

Je te remercie de m'avoir apporté tout ton soutien, quand j'en avais le plus besoin, pour ton amour et ta tendresse. Je t'exprime toute mon affection.

A ma tante Taher,

Je te remercie d'avoir été là pour moi et pour m'avoir encouragé tout au long de ces années difficiles. Je t'exprime tout mon amour.

A mon oncle Mahmood,

Je te remercie de m'avoir aidé dans ce projet. Sans toi ceci aurait été beaucoup plus difficile. Je t'exprime ma profonde reconnaissance.

A ma cousine Emilie,

Pour ton grand cœur et pour ton sourire, sans lequel je n'aurais pas eu le courage de continuer jusqu'ici. Je te remercie du bonheur infini que tu m'as offert.

A ma marraine Emilie,

Pour tes conseils et ta bonté. Je te remercie pour tout ce que tu es.

Au chef de service de pédiatrie de l'hôpital Marie Madeleine à Forbach, le Dr. Legagneur, pour son soutien et à tout le service pour l'ambiance de joie et de bonheur qu'il procure dans les moments les plus difficiles pour les familles.

A tous mes amis,
Pour les mémorables moments de joie, de rires et d'amour.

A tous mes collègues,

A tous ceux qui ont participé à ce travail,

A la mémoire de mon oncle Abass, qui nous a quitté cette année, trop précocement. Tu resteras à jamais gravé dans nos mémoires comme notre tonton bienfaiteur et restera pour toujours la source de la compréhension de la profonde souffrance des familles.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque».

TABLES DES MATIERES

Liste des professeurs.....	p 02
Dédicaces.....	p 08
Serment.....	p 14
Table des matières.....	p 15
Glossaire.....	p 23
Liste des figures et des tableaux.....	p 31
<u>INTRODUCTION</u>	p 33
1^{ère} PARTIE :PHYSIOPATHOLOGIE DESTROUBLES LIES A LA SEXUALITE	p38
<u>1VERSANT NEURO-BIOLOGIQUE</u>	p 39
1.1DIMORPHISME SEXUEL	p 40
1.1.1 Déterminisme du sexe.....	p 40
1.1.2 Gènes du déterminisme sexuel.....	p 41
1.1.3 Principales étapes de la différenciation sexuelle.....	p 42
1.1.4 Facteurs hormonaux de la différenciation sexuelle.....	p 43
1.1.4.1 Testostérone.....	p 43
1.1.4.2 Hormone anti-Müllerienne (AMH).....	p 44
1.1.5 Dimorphisme sexuel du système nerveux central.....	p 44
1.2 PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE	p 47
1.2.1 Contrôle hormonal des comportements sexuels.....	p 48
1.2.1.1 Axe hypothalamo-hypophyso-gonadique.....	p 48
1.2.1.2 Testostérone et ses métabolites actifs.....	p 50
1.2.1.3 Sécrétion surrénalienne de DHEA.....	p 51
1.2.1.4 Oestrogènes et progestérone.....	p 52
1.2.1.5 Prolactine et sexualité.....	p 53
1.3BASES NEURALES DES COMPORTEMENTS SEXUELS	p 54
1.3.1 Centres cérébraux de régulation de la réponse sexuelle.....	p 56

1.3.1.1 Concept du système limbique et émotions.....	p 56
1.3.1.2 Structures sub-corticales.....	p 60
1.3.1.2.1 Hypothalamus et motivation.....	p 60
1.3.1.2.2 Thalamus.....	p 64
1.3.1.3 Noyaux gris centraux, noyaux septaux et autres structures paralimbiques.....	p 64
1.3.1.4 Neocortex.....	p 68
1.3.1.4.1 Latéralisation hémisphérique de la sexualité.....	p 69
1.3.1.4.2 Région frontale.....	p 70
1.3.1.4.3 Région temporale.....	p 73
1.3.1.4.4 Région pariétale.....	p 76
1.3.1.5 Complexe amygdalien et circuits associés.....	p 77
1.3.1.6 Centres médullaires.....	p 79
1.4 NEUROBIOLOGIE DU DESIR ET DU PLAISIR ET SATISFACTION.....	p 80
1.4.1 Désir vs Plaisir.....	p 80
1.4.2 Systématisation du réflexe orgasmique.....	p 84
1.4.2.1 Zones sensibles réflexogènes.....	p 85
1.4.2.2 Voies ascendantes.....	p 86
1.4.2.3 Aires réceptives.....	p 86
1.4.2.4 Voies efférentes.....	p 87
1.4.3 Circuits de la récompense.....	p 88
1.4.3.1 Rôle de la dopamine.....	p 89
1.4.3.2 Rôle de la sérotonine.....	p 91
1.4.3.3 Rôle de l'ocytocine et de la vasopressine.....	p 92
1.5 MEMOIRE ET COMPORTEMENT SEXUEL.....	p 93
1.6 PHYSIOLOGIE DU RAPPORT SEXUEL.....	p 96
1.6.1 Orientation sexuelle.....	p 97
<u>2 VERSANT PSYCHIATRIQUE.....</u>	p 100
2.1 THEORIES DU DEVELOPPEMENT SEXUEL.....	p 100
2.1.1 Identité sexuelle.....	p 100
2.1.2 Modèles psychanalytiques.....	p 101
2.1.2.1 Conception freudienne.....	p 102

2.1.2.2 Conception de Winicott.....	p 103
2.1.2.3 Conception de Stoller.....	p 103
2.1.2.4 Conception de Fast.....	p 105
2.1.3 Modèle cognitiviste.....	p105
2.1.4 Modèle de l'apprentissage social.....	p 106
2.2 DEVELOPPEMENT DE LA SEXUALITE.....	p 107
2.2.1 L'enfance.....	p 107
2.2.1.1 Rôle des parents.....	p 111
2.2.2 L'adolescence.....	p 112
2.2.3 L'âge Adulte.....	p 118
2.3TRANSSEXUALITE.....	p 120
2.4 HOMOSEXUALITE.....	p 122
2.4.1 Sexualité anale et Analité.....	p 127
2.4.2 Exploration anale.....	p 130
2.5AUTO-EROTISME, FANTASMES ET PRATIQUES SEXUELLES.....	p 133
2.5.1 Le fantasme.....	p 133
2.5.2 L'auto-érotisme.....	p 136
2.5.3 Le narcissisme.....	p 140
2.5.4 Le refoulement.....	p 142
2.5.5Stades de Freud et ce qui en découle.....	p 145
2.6 NEVROSE ET SEXUALITE.....	p 151
2.7PSYCHOSE ET SEXUALITE.....	p 158
2.8 TROUBLES SEXUELS.....	p 162
2.8.1Perversions sexuelles.....	p 165
2.8.1.1Fétichisme.....	p 172
2.8.1.2Thérapeutique.....	p 174
2.8.2Violences sexuelles et crimes sexuels.....	p 176
<u>3VERSANT PATHOLOGIQUE.....</u>	p 186

3.1 DEMENCE ET TROUBLES SEXUELS	p 186
3.1.1 Maladie d'Alzheimer.....	p 188
3.1.2 Démence vasculaire par infarctus multiples.....	p 189
3.1.3 Démence frontotemporale.....	p 190
3.1.4 Démence à corps de Lewy.....	p 191
3.1.5 Démences infectieuses.....	p 191
3.1.6 Autres démences.....	p 192
3.1.7Syndrome de Klüver-Bucy.....	p 193
3.1.8 Actualité.....	p 194
3.2DEPRESSION ET SEXUALITE	p 196
3.2.1 Dépression et populations à risque.....	p 197
3.2.2 Comorbidités et comportements associés.....	p 199
3.3 HANDICAP, MALADIE ET SEXUALITE	p 200
3.3.1 Préambule.....	p 200
3.3.2 Handicap intellectuel.....	p 201
3.3.3 Handicaps physiques et maladies graves.....	p 203
3.3.4 Thérapie en bref.....	p 206
3.4 AVC ET SEQUELLES	p 208
3.5MEDICAMENTS ET TROUBLES DE LA SEXUALITE	p 209
3.6PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	p 211
3.6.1 Addictions sexuelles.....	p 215
3.7MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	p 218
<u>4VERSANT PSYCHO-SOCIAL</u>	p 220
4.1 VIEILLISSEMENT, MALADIE ET SEXUALITE	p 220
4.1.1 Retraite et Liens sociaux.....	p 221
4.1.2 Désir, libido et sexe.....	p 224

4.2 ISOLEMENT ET SEXUALITE.....	p 228
2ème PARTIE : CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX.....	p 229
5 HISTORIQUE.....	p 230
5.1 CORPS ETRANGERS IATROGENES ET/OU THERAPEUTIQUES.....	p 231
5.2 HETERO-INTRODUCTION PAR MALVEILLANCE OU PERVERSIONS DES IDEES (VIOL).....	p 233
5.3 AUTO-INTRODUCTION POUR AUTOLYSE/ IDEES NOIRES.....	p 234
5.4 « BODY-PACKERS »/ DISSIMULATION.....	p 235
5.4.1 Trafic mondial.....	p 235
5.4.2 L'art du « body-packing ».....	p 237
5.4.3 Profilage et diagnostic.....	p 237
5.4.4 Symptomatologie.....	p 239
5.5CORPS ETRANGERS INTRODITS PAR TRAUMATISME.....	p 241
5.6CORPS ETRANGERS INTRODITS PAR L'ALIMENTATION.....	p 242
5.7CORPS ETRANGERS D'ORIGINE EROTIQUE.....	p 243
5.8PRATIQUES SEXUELLES, SOCIETE : LOIS, COUTUMES ET CROYANCES.....	p 246
5.8.1 Onanisme.....	p 246
5.8.2 L'érotisme anal.....	p 254
5.8.3 L'histoire du godemichet (« Sex-Toy »).....	p 256
6 VERSANT MEDICO-CHIRURGICAL.....	p 263
6.1ANATOMIE ANO-RECTALE.....	p 263

6.2CLINIQUE	p 265
6.2.1Motif de consultation.....	p 268
6.2.1.1Rectorragies.....	p 269
6.2.1.2 Douleurs.....	p 270
6.2.1.3 Constipation.....	p 271
6.2.1.4 Rétention aigue d'urine.....	p 271
6.2.1.5 Prolapsus intestinal.....	p 271
6.3 DIAGNOSTIC	p 272
6.4COMPLICATIONS	p 274
6.4.1 Complications à court terme.....	p 274
6.4.1.1 Infection : abcès & péritonite.....	p 274
6.4.1.2 Ulcérations, lacérations & perforations.....	p 276
6.4.1.3 Hématome rectal.....	p 278
6.4.1.4 Fistule recto-vaginale.....	p 278
6.4.1.5 Syndrome occlusif.....	p 279
6.4.1.6 Morbi-mortalité.....	p 279
6.4.2 Complications à long terme.....	p 280
6.7 PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE ET POST-CHIRURGICALE	p 282
6.7.1 Techniques d'extraction.....	p 283
6.7.2 Anesthésie et prise en charge de la douleur.....	p 292
6.7.3Exploration et instruments.....	p 292
6.7.3.1 Laparoscopie.....	p 294
6.7.4Anastomose, dérivation et colostomie.....	p 295
6.7.5Surveillance et suites.....	p 297
6.7.6Rééducation.....	p 299
3^{ème} PARTIE : ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE :	
78 admissions chez 73 patients	p 300
7 PRESENTATION DES SITES	p 301
7.1 VILLE DE DIJON	p 301
7.1.1 Dijon : les Hôpitaux.....	p 302
7.1.2 SRAU : Service Régional d'Accueil des Urgences.....	p 303

7.1.2.1 Fonctionnement du SRAU.....	p 303
7.1.2.2 Activité du SRAU.....	p 303
7.2 VILLE D'EPINAL.....	p 304
7.2.1 Centre Hospitalier Régional (CHR) Jean Monnet.....	p 305
7.2.1.1 Fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	p 305
7.2.1 Activité du SAU.....	p 305
7.3 VILLE DE LYON.....	p 306
7.3.1 Hospices civils de Lyon.....	p 306
7.3.2 Centre Hospitalier Universitaire : Hôpital Edouard-Herriot.....	p 307
7.3.2.1 Fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	p 308
7.3.2.2 Activité du SAU.....	p 308
7.4 VILLE DE NANCY.....	p 309
7.4.1 Nancy : les Hôpitaux.....	p 309
7.4.2 Centre Hospitalier Universitaire : Hôpital Central de Nancy.....	p 310
7.4.2.1 Fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	p 310
7.4.2.2 Activité du SAU.....	p 310
8 RESUME DE L'ETUDE.....	p 311
8.1 ABSTRACT.....	p 312
8.2 Mots clefs/ Keys Words.....	p 312
9 INTRODUCTION.....	p 313
10 MATERIEL ET METHODES.....	p 314
11 RESULTATS.....	p 317
12 DISCUSSION.....	p 334
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>p 342</u>
Références.....	p 345
ANNEXES.....	p 375
I.0 Echelle de Dyscomportement frontal (EDF).....	p 376

I.1 Mini Mental

Test.....	p 377
II.0 Techniques de retrait avec cathéter de Foley.....	p 380
II.1 Techniques d'extraction pour objet creux, cylindrique et sphérique.....	p 381
III.0 Instruments pouvant servir à extraire les corps étrangers.....	p 382
IV.0 Lésions de la muqueuse rectale par manche à balai.....	p 384
V.0 Radiographies de corps étrangers.....	p 385
VI.0 Algorithmes pour la prise de décisions.....	p 387
VII.0 Recueil des données préliminaires.....	p 392

GLOSSAIRE

Les mots suivants, retrouvés dans le texte, sont marqués d'un Astérix (*):

Agnosie : trouble cognitif qui se manifeste par un déficit de la capacité de reconnaissance.

Agression passive : agressivité exprimée de manière indirecte.

Angiopathie Amyloïde Cérébrale : se caractérise par des dépôts protéiques dans la paroi des vaisseaux cérébraux. La présentation clinique va de l'absence de symptômes à une association d'hémorragies cérébrales, d'infarctus cérébraux ou de leucoencéphalopathies, avec ou sans démences.

Angoisse : affect de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer.

Annihilation : anéantissement, effacement de soi-même.

Annulation : comportement visant à corriger des pensées, des sentiments ou des actes ou à faire comme s'ils n'avaient pas eu lieu.

Anticipation : faire par avance l'expérience des difficultés émotionnelles ou des sentiments.

Anxiété : anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnés d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété peut être centrée sur un danger anticipé intérieur ou extérieur (DSM-IV)

Aphasie : trouble du langage affectant l'expression ou la compréhension du langage parlé ou écrit survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire.

Apraxie : incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne

Aurignacien : en Europe centrale et occidentale, il semble correspondre à l'arrivée des hommes anatomiquement modernes. L'Aurignacien est caractérisé par son industrie osseuse (sagaies à bases fendues) et lithique (pièces carénées, lamelles, lames retouchées, etc.). On situera l'Aurignacien entre 35 000 et 30 000 avant J.C.

Beneception : contraire de nociception

Blessure narcissique : désigne les atteintes du narcissisme, c'est-à-dire, pour un individu, les altérations du sentiment d'amour et d'estime pour soi-même. Cette expression est utilisée en clinique psychanalytique, et également, à la suite de Freud, pour désigner en histoire des sciences certaines ruptures épistémologiques à l'origine d'une désillusion de l'Homme quant à sa toute-puissance supposée (elle va alors au-delà de l'individu).

Ça : « son contenu comprend tout ce que l'être apporte en naissant, tout ce qui a été constitutionnellement déterminé, donc, avant tout, les pulsions émanées de l'organisation somatique et qui trouvent dans le Ça, sous des formes qui nous restent inconnues, un premier mode d'expression psychique » [200].

Canaux de Müller: constituent, avec les canaux de Wolff, les voies génitales doubles de l'embryon lors du stade indifférencié du développement de l'appareil génital des mammifères. Chez l'humain, la différenciation a lieu à la 8^e semaine embryonnaire et selon le sexe de l'embryon, les canaux de Müller disparaissent ou se transforment.

Catastrophe psychotique : sacrifice du Moi pour rester en vie. Il s'agit d'un repli sur des stades antérieurs. Il y a une véritable scissure de l'esprit, un gouffre sans fin qui se creuse.

Cellules de la *granulosa* : cellules folliculaires granuleuses entourant l'oeuf et la cavité liquidienne du follicule ovarien et responsable de la sécrétion de la progestérone durant la 2^{ème} moitié d'un cycle ovarien (corps jaune périodique) ou durant les 4 premiers mois de la grossesse (corps jaune gravidique).

Circuit de Papez : ensemble de structures nerveuses du cerveau impliquées dans le contrôle des émotions. Il se constitue de différentes structures du circuit limbique et comprend le cortex cérébral temporal et cingulaire, le thalamus, l'hypothalamus et certaines de leurs interconnexions.

Clivage : séparation du moi ou de l'objet en deux ou plusieurs parties distinctes sans communication entre elles.

Complexe d'Œdipe : l'enfant est attiré vers le parent de sexe opposé et ressent de l'hostilité envers le parent du même sexe.

Comportement : toute réaction d'un individu face à un stimulus ou un environnement. Le comportement est l'expression des acquisitions génétiques intégrées aux expériences de l'individu.

Compulsion : idée d'un acte à accomplir pour lutter contre l'angoisse.

Conversion : noyau de l'hystérie selon Freud : « *Dans l'hystérie, l'idée incompatible est rendue inoffensive par le fait que sa somme d'excitation est transformée en quelque chose de somatique* » [201].

Crête génitale : renflement longitudinal qui apparaît ventro-médialement par rapport à la crête urinaire primitive. Il se forme à la cinquième semaine par prolifération de l'épithélium coelomique et épaissement du mésenchyme sous-jacent. La crête génitale constitue à ce moment l'ébauche gonadique primitive. Sa colonisation par les cellules germinales primordiales est toutefois nécessaire, pour permettre aux gonades définitives et sexuellement différenciées de se développer.

Délire érotomaniac : délire passionnel chronique dans lequel un sujet s'imagine être aimé d'un autre, ce dernier étant la plupart du temps inaccessible et d'un rang social plus élevé (acteur célèbre, avocat ou médecin, etc.).

Déni : refus de reconnaître certains éléments réels comme des sentiments, des désirs ou des expériences subjectives.

Désir : effort de réduction d'une tension issue d'un sentiment de manque et en ce sens, on ne désire que ce dont on manque.

Désobjectalisation : l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et qui répond à l'effet désobjectivant que connaît l'agresseur face à une excitation non négociable par une mise en représentation psychique.

Encéphalopathie

d'Hashimoto : encéphalopathie auto-immune associée à une

thyroïdite.

Encolpe : personnage d'un roman satirique attribué à Pétrone. Il s'agit d'un homosexuel frappé d'impuissance par le dieu Priape alors que son ami et rival Ascylte, convoite l'amour de Giton.

Handicap : tout désavantage ou restriction de l'activité au sein d'une société limitant une personne dans sa participation aux activités sociales. L'handicap est la perte ou la limitation d'opportunités résultant en une discrimination directe ou indirecte de la personne [1 ; 38].

Homéostasie : mécanisme de régulation des paramètres internes de l'organisme pour les maintenir dans des limites dites physiologiques.

Hypersexualité : Association des critères suivants :

(en dehors de toute prise de substance exogène)

- Fantaisies d'ordre sexuel intenses et récurrentes depuis plus de 6 mois en association avec au moins 3 des critères suivants :
- Notion d'interférence avec les obligations et activités journalières habituelles.
- Notion de répétition des comportements à caractère sexuel.
- Notion d'utilisation du sexe comme réponse au stress.
- Efforts vains pour essayer de contrôler les pulsions/envies.
- Poursuite du comportement malgré un éventuel risque pour sa propre santé physique et/ou émotionnelle ou pour celle des autres.

Idéal du Moi : désigne les valeurs positives auxquelles aspire le sujet.

Idéalisation : majoration des qualités de l'objet.

Identification : se mettre à la place de l'autre, ressentir, réagir comme lui.

Imago : Représentations parentales fixées dans l'inconscient durant l'enfance.

Insuffisance gonadotrope : insuffisance de sécrétion ou d'action des hormones gonadotropes.

Inconscient : concept de psychologie qui désigne l'activité psychique se déroulant hors de la sphère consciente dans l'esprit d'un individu.

Intellectualisation : pensées abstraites minimisant les sentiments.

Isolation des affects : rendre impossible la connexion entre des pensées ou des émotions.

Libido : énergie sexuelle issue de la pulsion sexuelle.

Liquéfaction : effondrement psychique

Lysistrata : comédie grecque antique d'Aristophane écrite en 411 avant J.C. Belle Athénienne, elle convainc les femmes de toutes les cités grecques de déclencher et de poursuivre une grève totale de sexe, jusqu'à ce que les hommes reviennent à la raison et cessent le combat.

Maladie de Binswanger : aussi appelée atrophie interstitielle du cerveau. Il s'agit d'une démence vasculaire provoquée par des lésions de la substance blanche sous-corticale liée à une hypertension artérielle. Le tableau réalise une démence progressive avec des troubles du comportement et de l'humeur.

Maladie de CADASIL : *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*. Il s'agit d'une maladie génétique, de transmission autosomique dominante associant des accidents vasculaires cérébraux, essentiellement de type ischémique (lacunes), des migraines, avec ou sans aura. Le début des symptômes se situe vers 40 ans. L'évolution est marquée par une récurrence des symptômes vasculaires, une possibilité d'atteinte cognitive, et une atteinte psychiatrique (syndrome dépressif, parfois accès maniaques, ou mélancoliques).

Maladie de Creutzfeldt-Jakob : dégénérescence du système nerveux central caractérisée par l'accumulation d'un prion.

Maladie de Huntington : affection héréditaire obéissant à un mode de transmission autosomique dominant qui touche le cerveau, en particulier les noyaux gris centraux.

Maladie de Parkinson : maladie neurologique chronique affectant le système nerveux central responsable essentiellement de troubles moteurs d'évolution progressive. La perte de neurones de la substance noire et l'atteinte des faisceaux nigro-striés sont mises en cause. La maladie débute habituellement entre 45 et 70 ans.

Maladie de Pick : démence associée à la détérioration des lobes frontal et temporal du cerveau.

Maladie de Wilson : maladie génétique secondaire liée à une accumulation de cuivre dans l'organisme et se manifestant par des atteintes du foie et du système nerveux.

Moi : une des instances qui aménage les conditions de satisfaction des pulsions en tenant compte des exigences du réel. Il n'apparaît que progressivement, d'abord sous la forme d'un « pré-moi » au stade du début de la vie, puis il s'organise et se dégage du narcissisme en même temps que l'objet libidinal. Son rôle initial est d'établir un système défensif et adaptatif entre la réalité externe et les exigences pulsionnelles.

Myorhythmie oculomasticatoire : mouvements continus rythmiques de convergence des yeux avec contraction simultanée de la langue et des masséters (pathognomonique de la maladie de Whipple)

Myorhythmies oculofaciosquelettiques : mouvements continus rythmiques de convergence des yeux avec contraction simultanée des muscles du visage.

Narcissisme primaire : sentiment de vivre, d'exister comme un être unifié.

Neuro-Behçet : vascularite pouvant atteindre les vaisseaux cérébraux, se présentant sous la forme d'une méningoencéphalite ou d'une thrombophlébite cérébrale.

NMDA : acide N-méthyl-D-aspartique. Il s'agit d'un dérivé d'acide aminé qui se comporte en agoniste spécifique sur les récepteurs NMDA, et imite donc au niveau de ces récepteurs, l'action du glutamate (neurotransmetteur).

Nociception : c'est l'ensemble des phénomènes permettant l'intégration au niveau du système nerveux central d'un stimulus douloureux via l'activation des nocicepteurs cutanés, musculaires et articulaires.

Objet : désigne tout ce que l'individu investit libidinalement. L'objet primaire englobe tout ce qui peut être perçu et s'oppose au néant.

Obsession : idée intrusive qui gêne le sujet et dont il reconnaît le caractère négatif.

Orgasme : réponse physiologique qui a lieu au maximum de la phase d'excitation sexuelle.

Paralysie pseudobulbaire : lésions des neurones moteurs centraux entraînant l'apparition de troubles qui simulent une atteinte du bulbe rachidien. Se sont essentiellement des paralysies des muscles de la déglutition, des muscles de la phonation et des muscles de la langue et des lèvres.

Paralysie supra-nucléaire progressive : ou maladie de Steele-Richardson-Olszewski, est une maladie neurologique, nommée ainsi en raison de l'ophtalmoplégie supranucléaire qui la caractérise. La PSP provoque des lésions qui consistent en des altérations neuronales avec

dégénérescence neurofibrillaire intéressant le striatum, la formation réticulée du tronc cérébral, la substance noire et les noyaux des nerfs crâniens. Ces lésions affectent progressivement l'équilibre, la vue, la mobilité, la déglutition, la parole et d'une manière plus générale, les mouvements effectués dans le plan sagittal.

Période de latence : moment du développement psycho-sexuel de l'enfant faisant suite au complexe d'Œdipe (voir ce terme). Cette phase s'étend jusqu'au début de la puberté et l'adolescence.

Perversion : intention et conduite déviante par rapport aux normes morales d'une société, donc variable dans le temps. Son fondement psychique est, selon Freud, le déni de la différence des sexes.

Phases (stades) du développement libidinal des pulsions sexuelles:

a) **orale** : de la naissance à 18 mois. La zone érogène privilégiée est la sphère buccale et oesophagienne, étayée sur la succion et donc la tétée. La conduite masturbatoire au stade oral est le suçotement.

b) **anale-sadique** : de 18 mois à 3 ans. Ce stade se caractérise par une focalisation de l'enfant sur la région rectale. Il s'agit de la découverte de plaisir lié à la rétention des selles et à la défécation. La perte des selles est assimilée à une perte d'une partie de son corps et est source d'angoisse.

c) **scopique** : ajouté aux stades de Freud par Lacan pour désigner le développement du fantasme par le regard. Il s'agit de la reconnaissance du désir dans l'autre.

d) **phallique** : de 3 à 7 ans. Cette phase est marquée par le complexe d'Œdipe. Les zones érogènes sont génitales et urétrales. Le plaisir est lié à l'exhibition et au voyeurisme concernant les organes génitaux.

e) **génitale** : période de reconnaissance de l'identité sexuelle et de la sexualité.

Plaisir : sensation agréable et recherchée, motive les actions.

Psychopathologie : l'étude, la théorie, la thérapie psychologique des formes de souffrances, quelles que soient leurs causes. Elle se fonde sur l'expérience concrète de l'écoute des patients, et produit une interprétation psychologique des phénomènes de souffrance rencontrés.

Psychonévrose : terme technique psychanalytique désignant un groupe de névroses, à savoir celles où les symptômes peuvent être interprétés comme des manifestations de conflit entre le moi et le ça. La psychonévrose diffère de la psychose par ce que l'épreuve de réalité est inaltérée, c'est-à-dire que le patient a une compréhension intuitive (*insight*) du fait qu'il est malade et que ses symptômes sont sans valeur. Elle diffère des perversions parce que les symptômes sont gênants pour le sujet et que le moi est intact, et des névroses actuelles parce que le conflit remonte au passé. La psychonévrose se subdivise en trois : l'hystérie de conversion, l'hystérie d'angoisse (phobie) et la névrose obsessionnelle.

Psychose froide : psychose non délirante, fondée sur le modèle de l'anorexie mentale. Il existe une recherche constante du plaisir de l'insatisfaction et une relation fétichiste à l'objet

Pulsion : une pulsion (ou un groupe de pulsions) s'oppose à l'autre et ce conflit dynamique s'insère dans la métapsychologie (ensemble des concepts théoriques formulés par la psychanalyse freudienne). « *Le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur*

du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel » [200].

Rationalisation : donner une explication logique à une action, pensée, émotion sans percevoir ses motifs véritables.

Refoulement : rejet dans l'inconscient.

Répression : éviter de penser à des sentiments, désirs, problèmes ou expériences pénibles.

Sadisme sexuel : besoin d'infliger des souffrances à autrui pour éprouver un plaisir sexuel, sans s'assurer nécessairement du consentement du sujet.

Sarcoïdose : maladie de Besnier-Boeck-Schaumann ou lymphogranulomatose bénigne est une maladie inflammatoire systémique de cause inconnue, qui atteint préférentiellement les poumons, mais peut atteindre n'importe quels autres organes. Cette maladie touche homme et femme généralement entre 30 et 50 ans.

Sexualité : phénomène complexe et à multiples facettes formée d'une conception sexuelle individuelle, de comportements, de croyances, de valeurs morales, d'émotions, de physiologie et de relations interpersonnelles [367].

Subjectivation : travail psychique, particulièrement marqué à l'adolescence, distinct des remaniements identificatoires du Moi. Il en découle le renforcement de la personnalité d'un individu par le renforcement du travail de séparation avec la mère. Le « Je » se construit, le « sujet » se forme.

Sublimation : notion conceptualisée par S. Freud pour rendre compte d'un type particulier d'activité humaine (la création littéraire, artistique et intellectuelle) sans rapport apparent avec la sexualité mais tirant sa force de la pulsion sexuelle en tant qu'elle se déplace vers un but non sexuel en investissant des objets socialement valorisés. La sublimation est vue comme la transposition du but pulsionnel sexuel mais aussi agressif.

Substitution : la formation d'un symptôme neurotique est le compromis à un conflit entre une pulsion interdite et le Surmoi. La jouissance masturbatoire est la vraie dépendance, mais celle-ci est substituée à des pratiques plus « sociales » comme la consommation de produits.

Surmoi : désigne la structure morale (conception du bien et du mal) et judiciaire (capacité de récompense ou de punition) de notre psychisme. Il est l'héritier du complexe d'Œdipe.

Syndrome de Klüver-Bucy : association d'une hyperphagie, d'une oralité accrue, d'une distractabilité visuelle importante, d'une hypersexualité, d'un changement d'orientation sexuelle, d'une agnosie visuelle et une perte des réponses agressives et de peur.

Syndrome de Münchausen : production volontaire de symptômes (physiques ou psychiatriques) sans preuve externe pouvant appuyer les dires.

Syndrome de Weber : paralysie du III^{ème} nerf crânien et hémiparésie droite.

Tolérance : désigne la capacité à accepter ce que l'on désapprouve, c'est-à-dire ce que l'on devrait normalement refuser.

TPHA-VDRL : *Treponema pallidum haemagglutination assay-Veneral Diseases Research Laboratory*. Sérodiagnostic de la syphilis.

Transfert : Le transfert en psychanalyse, est essentiellement le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement. Les sentiments, les pulsions et les désirs qui apparaissent dans un moment présent et par rapport à une personne déterminée (l'objet) ne peuvent être expliqués d'après les aspects réels de cette relation mais, en revanche en les référant au passé.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Zones érogènes : partie du corps humain de grande sensibilité et qui, lorsqu'on la stimule, est susceptible de provoquer une excitation sexuelle. On distingue les zones érogènes primaires et secondaires. La peau, les cheveux, les aisselles, la nuque, les oreilles et le cou, ainsi que l'intérieur des cuisses sont des zones érogènes secondaires alors que les organes génitaux externes sont des zones érogènes primaires.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1.0 : TRIADE AGRESSIVITE-COMPORTEMENT SEXUEL-PEUR.....	p 78
Tableau 2.0 : CLASSIFICATION DES DEMENCES.....	p 193
Tableau 3.0 : FACTEURS DE RISQUES DE COMPLICATIONS EN CAS DE DISSIMULATION DE DROGUES INTRA-DIGESTIF.....	p 240
Figure 4.0 : NOMBRE DE PATIENTS PAR TRANCHE D'AGE.....	p 317
Figure 4.1 : REPARTITION DES PATIENTS PAR CENTRE.....	p 317
Figure 4.2 : STATUT MARITAL DES PATIENTS.....	p 318
Figure 4.3 : ORIGINE ETHNIQUE DES PATIENTS.....	p 318
Figure 4.4 : ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES PATIENTS.....	p 319
Figure 4.5 : TYPE D'HABITATION DES PATIENTS.....	p 319
Figure 4.6 : PROVENANCE DES PATIENTS.....	p 320
Figure 4.7 : MODE D'ARRIVAGE DES PATIENTS.....	p 320
Figure 4.8 : DELAI EN HEURES ENTRE INSERTION ET PRESENTATION AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER.....	p 321
Tableau 4.0 : MOTIFS DE RECOURS DES PATIENTS.....	p 322
Tableau 4.1 : MOTIFS D'INSERTION D'OBJETS.....	p 322
Figure 4.9 : INSERTION VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE DE L'OBJET.....	p 323
Tableau 4.2 : FREQUENCE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	p 324
Tableau 4.3 : CLASSIFICATION DES CORPS ETRANGERS.....	p 325
Tableau 4.4 : COMPLICATIONS IMMEDIATES.....	p 326
Figure 5.0 : OBJET UNIQUE OU MULTIPLES INSERTIONS.....	p 327
Figure 5.1 : POURCENTAGE DE COMPLICATIONS IMMEDIATES.....	p 327
Figure 6.0 : REPARTITION DES COMPLICATIONS.....	p 328
Figure 6.1 : LIEU D'EXTRACTION DES OBJETS.....	p 329
Figure 6.2 : TYPE D'ANESTHESIE CHOISI.....	p 330
Tableau 5.0 : CLASSIFICATION OBJET/ TECHNIQUE D'EXTRACTION.....	p 331
Figure 6.3 : SUIVI PSYCHIATRIQUE DES PATIENTS.....	p 332
Figure 6.4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS SUR 10 ANS.....	p 333

INTRODUCTION

Le métier de médecin repose sur la recherche de signes et symptômes élaborés avec méthodologie à partir d'une plainte initiale de la part d'un patient pour ainsi formuler des hypothèses, de manière déductive élaborer des pistes diagnostiques et ensuite proposer un traitement adapté si nécessaire. Ayant une obligation de moyen, le médecin doit faire ce qu'il peut en son âme et conscience pour soulager le patient qui vient à lui, qui appelle à l'aide, ne pouvant seul résoudre son problème. Faisant appel à ses connaissances et capacités, le médecin se doit de considérer le patient dans sa globalité, sans ignorer tel ou tel symptôme qui relèverait d'une spécialité autre que la sienne. La prise en charge d'un patient comprend en effet plusieurs facettes : physique, psychique, sociale et se divise en un versant curatif, préventif et éducatif.

Quand il s'agit d'une dysphagie chez un jeune patient, les aires ganglionnaires sont palpées dans l'hypothèse d'une angine. Quand une jeune dame se plaint de brûlures mictionnelles, une bandelette urinaire est réalisée à la recherche de stigmates d'infection. Quand un patient se présente avec des douleurs abdominales, un toucher rectal est réalisé dans la plupart des cas. La découverte d'un corps étranger peut alors expliquer le symptôme initial, la plainte du patient et semble ainsi satisfaire le médecin, car malgré tout la question initiale : « pourquoi le patient a-t-il des douleurs abdominales ? » est résolue. Et si ce corps étranger était lui-même à son tour un symptôme d'une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique. Ignore-t-on ce symptôme tout simplement ou s'agit-il d'un manque de connaissances? Sous-estime-t-on trop souvent la gravité potentielle d'un corps étranger intra-rectal, sa répercussion psychique, le risque d'isolement, la dépression latente sous-jacente et les troubles psycho-sociaux adjacents?

Le problème avec l'analyse initial d'un tableau de corps étranger reste, d'après l'expérience clinique, l'absence de considération de l'insertion d'un objet étranger dans le rectum comme un signe d'une pathologie autre ou d'un appel à l'aide déguisé.

En effet, plusieurs études [14] semblent considérer l'hyperreligiosité, l'hypersexualité, les éclats de rire et les pleurs incessants par exemple, comme les symptômes de maladies neuropsychiatriques. Tout comportement nouveau, même s'il est considéré comme normal (ou dans les limites du normal) dans certaines sociétés, devrait faire évoquer une modification biologique, somatique, psychologique et/ou

sociale chez une personne. Pourquoi se fait-il qu'un homme de 60 ans sans antécédents psychiatriques ni notion d'homosexualité s'introduise des boules de billard dans le rectum soudainement ? L'acte était-il prémédité ? Trop souvent, l'intérêt pour ce patient s'arrête à l'extraction du corps étranger sans se soucier de l'exploration neuropsychiatrique à mener pour résoudre entièrement le dilemme de ce genre de tableau clinique. S'agirait-il d'un symptôme de début de démence (ex. : démence fronto-temporale), d'une maladie neurovasculaire ou neurologique, d'une maladie psychiatrique (ex. : schizophrénie), d'une tumeur cérébrale (à prédominance frontale), de troubles électrolytiques, métaboliques, endocriniens ou même d'une hypoglycémie ?

Tout d'abord, avant d'aller plus loin dans l'analyse psycho-pathologique de l'insertion d'objets dans le rectum, citons les différentes étiologies possibles pour ce genre de problème.

Les corps étrangers dans le rectum peuvent avoir 3 origines :

- introduits par la bouche,
- formés dans le rectum ou au dépend des parties voisines,
- introduits par l'anus.

Il semble exister 6 causes d'introduction d'objets par voie trans-rectale:

- par le fait d'un traumatisme (accident de travail, AVP, chute, etc.),
- hétéro-introduction par malveillance ou perversion des idées (ex. : viol),
- auto ou hétéro-introduction pour dissimulation d'objets (« *bodypackers* ») et dans un contexte carcéral,
- iatrogène/thérapeutique (auto- ou hétéro-manipulation) : prise de température rectale, évacuation de fécalome, massage prostatique, prurit anal, etc.,
- idées noires/ désir d'auto-mutilation/ contexte psychiatrique,
- auto-introduction pour plaisir sexuel.

Dans le cas d'un traumatisme ou d'un viol, le patient est décrit comme victime d'une situation échappant à son contrôle. Dans le cas du « *body-packing* » de drogues illicites, de l'acte thérapeutique (canule de lavement, thermomètre), du désir d'auto-

mutilation ou du plaisir sexuel, le patient est compliant à l'acte de « pénétration » de son orifice naturel et quelle qu'en soit la raison, acceptera le geste dans le but de tirer un bénéfice de cette action, ignorant ou parfois insouciant des éventuelles complications.

Chaque étiologie fait appel à différentes interprétations et nécessite un suivi particulier patient-dépendant au cas par cas. La chute d'un ouvrier sur une barre de métal du haut d'un échaffaudage n'implique pas les mêmes aspects de prise en charge qu'un viol chez une jeune femme sans antécédents. Les « bodypackers » sont une population avec des soucis d'ordre judiciaire et social bien différents que les jeunes qui désirent s'autolyser par voie rectale. La patiente âgée qui oublie son thermomètre dans le rectum, même si certains aspects du contexte peuvent être reliés aux patients poursuivant un fantasme érotique, ne bénéficiera pas de la même évaluation psychoneurologique ni des mêmes conseils à visée préventive.

Les patients exerçant des actes à visée érotique constituent la majorité des patients se présentant aux urgences [116 ; 121 ; 341]. S'agit-il d'un trouble sexuel faisant partie d'une entité dépassant le domaine sexuel au sens pur ou d'une piste vers d'autres troubles sexuels? Ces patients nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée et une investigation neuropsychiatrique plus poussée? L'accident révélé pourrait-il être plus qu'un simple accident domestique sans plus d'intérêt ou n'est qu'une simple abération ponctuelle sans importance pathologique ?

Et bien qu'il soit évident qu'une patiente victime de viol ou qu'un patient ayant tenté de s'autodétruire nécessitent une prise en charge psychiatrique, l'auto-érotisme compliqué de rectorragie ou d'un syndrome occlusif n'est-il pas aussi un bon contexte pour entamer une analyse neuropsychiatrique d'un patient, surtout quand celui-ci a plus de 50 ans?

Jusqu'à présent la prise en charge chirurgicale des corps étrangers intra-rectaux, pour laquelle les différentes étiologies dépassent le domaine de la chirurgie et de l'urgence, a été étudiée et décrite dans la littérature depuis des dizaines d'années avec un nombre important de série de cas. Par contre, l'étude de la composante médico-neuro-psychiatrique de la problématique n'est que très peu évaluée et prise en compte. Le rôle de la prise en charge psychiatrique semble être ignoré et la recherche de

pathologies sous-jacentes semble être laissée à l'écart. Les modifications des comportements sont largement moins étudiées que les troubles cognitifs [14]. Ceci serait-il le résultat d'une croyance populaire sur la normalité de la pratique de la stimulation anale et de la sodomie? Ou alors, les craintes et appréhensions des thérapeutes mettent-ils un voile sur la réalité des faits par crainte de brasser leurs propres traumatismes psychiques ?

Dans le but de donner une vue d'ensemble sur la prise en charge des corps étrangers intra-rectaux sur les 10 dernières années en France, sur le plan tout aussi bien médical, chirurgical que psychologique et social, cette étude a été conduite de façon rétrospective à partir des dossiers de patients informatisés des centres hospitaliers de Dijon, Epinal, Lyon et Nancy entre le 01/01/2000 au 31/12/2009.

Dans le cadre de la problématique centrale de cette thèse, seront exclus les corps étrangers insérés par la bouche ou de formation organique (ex. : tumeurs, bézoard, etc..). L'analyse de la problématique sera majoritairement centrée sur les troubles sexuels en initiant la présentation sur les bases fondamentales, neurologiques, psychiatriques et endocriniennes de la sexualité et des troubles sexuels en réduisant au long de la lecture le champ à l'auto-érotisme par mésusage de la voie rectale, ses origines et ses complications. Nous survolerons point par point chaque aspect pouvant influencer le comportement sexuel d'un individu ainsi que l'histoire de la masturbation, des godemichets et des pratiques sodomistes. Nous présenterons le versant médico-chirurgical également en nous basant sur les données retrouvées dans la littérature scientifique des dernières décennies, pour aboutir enfin à l'étude actuelle et discuter des différents points analysés.

De la profonde volonté de faire apprécier aux lecteurs l'existence de moyens médicaux pour considérer la patient se présentant avec un corps étranger dans le rectum non pas comme une simple pathologie chirurgicale mais comme un PATIENT qui nous révèle un symptôme pouvant être le pic d'un iceberg beaucoup plus complexe à investiguer qui relève d'une médecine généraliste, c'est-à-dire à d'une médecine à multiples « tentacules », pluri-disciplinaire, à la fois médicale, sociale, environnementale, psychologique et chirurgicale.

Première Partie

**Physiopathologie des troubles liés à
la sexualité**

1 VERSANT NEURO-BIOLOGIQUE

La prise en charge des troubles liés à la sexualité est, quelque soit l'ethnie, l'origine ou l'endroit où la médecine est pratiquée, problématique dans son approche. Souvent sous-estimé, souvent sujet tabou, souvent dans un contexte interprété comme inadapté, le sujet est rarement discuté. Refoulé dans les profondeurs de nos subconscients, la fonction sexuelle reste un centre d'attention majeur et les troubles liés à la sexualité n'en restent pas moins réels. Une approche et une prise en charge adéquate serait donc nécessaire, car comme l'alimentation, le sexe est un des besoins fondamentaux de « l'animal doté du pouvoir de raison » (citation de Kant, Emmanuel, 1784) que nous sommes. Comme a dit F. von Schiller en 1795 dans son poème intitulé « Les sages du monde », la faim et l'amour sont les deux rouages qui mettent le monde en mouvement[494].

Pour bien comprendre et appréhender le sujet, une étude de la physiologie neurologique et des bases de psychiatrie sont nécessaires au médecin, quelque soit sa spécialité et serviront également au médecin de ville, dans son cabinet, quelque soit l'âge, le sexe ou l'orientation sexuelle du patient.

Ces principes de référence lui serviront dans l'analyse des troubles décrits par les patients. La distinction entre troubles somatiques et troubles psychiatriques étant parfois difficile, une bonne connaissance de la physiopathologie et des principes de base de la psychiatrie permettent au médecin, de par sa propre raison, de faire la part des choses entre potentiel trouble neurologique et/ou maladie psychiatrique, entre pathologie aigue ponctuelle et début de maladie chronique, entre épisode isolé et troubles répétés.

1.1 DIMORPHISME SEXUEL

Depuis longtemps, la science a essayé de mettre en évidence la différence entre le cerveau femelle et le cerveau mâle. Comme nous le montrerons plus tard, les troubles sexuels sont plus fréquents chez l'homme et l'étude de cette différence biologique est donc importante pour pouvoir apprécier la nature de ces troubles dont la participation génétique semble incontestable.

La relation entre cerveau et comportement est indéniable, tout aussi bien que la relation entre différences génétiques et phénotypiques et comportements individuels.

1.1.1 Déterminisme du sexe

Le chromosome Y est associé au développement testiculaire. Sa présence ou son absence va conditionner la différenciation sexuelle des tractus génitaux interne et externe sous l'influence des hormones sexuelles produites par la gonade différenciée. Vers la 5^{ème} semaine de gestation apparaissent les premières ébauches embryonnaires à la partie médio-ventrale du mésonephros sous la forme de la crête génitale*. La prolifération de l'épithélium cœlomique dans le tissu conjonctif mésenchymateux aboutit à la formation des cordons sexuels. C'est au cours de la 6^{ème} semaine que les cellules germinales migrent dans la gonade humaine. Jusqu'à la 7^{ème} semaine celle-ci est identique chez l'embryon XX et XY. Les cellules de Sertoli se développent et diffusent en périphérie pour former des cordons sexuels : les tubes séminifères. Une semaine plus tard, les cellules de Leydig se différencient. La première hormone sexuelle produite est l'hormone anti-Müllérienne (AMH) par les cellules de Sertoli et dépend du chromosome 19 (19p13.3). Cette hormone va inhiber le développement des canaux de Müller. Une semaine plus tard, le testicule fœtal pourra produire de la testostérone via les cellules de Leydig et dépendra du développement de la choriogonadotrophine (hCG) dont l'action est médiée par le récepteur à la l'hormone lutéinisante (LH), dont le gène est situé sur le chromosome 2p16-p21, à la surface des cellules de Leydig [432].

En l'absence de ces gènes du déterminisme sexuel masculin, la gonade primitive devient ovaire. Les cordons sexuels primitifs dégénèrent. De nouveaux cordons sexuels

se forment alors à partir de l'épithélium cœlomique près de la surface externe de la gonade pour former des cordons sexuels corticaux.

Les cellules germinales s'incorporent dans les cordons corticaux et la différenciation en cellules de la *granulosa** va avoir lieu. Ces cellules formeront alors avec les cellules germinales, les follicules ovariens qui diffuseront dans l'épithélium de la gonade [320].

1.1.2 Gènes du déterminisme sexuel

Le gène WT-1 (*Wilms tumor-suppressor gene*) intervient précocement dans la morphogénèse gonadique et rénale. Des mutations de ce gène entraîneront des troubles de la différenciation sexuelle associés à des anomalies rénales. Les interactions entre WT-1 et les autres gènes du développement précoces restent inconnues[432].

Le gène FTZF1 (*fushi tarazu factor 1*) code le facteur de transcription SF1 (*steroidogenic factor-1*) qui joue un rôle primordial dans les premiers stades de la différenciation gonadique. Des expériences chez la souris montrent qu'un arrêt du développement gonadique survient en cas d'invalidation de SF1. SF1 jouerait également un rôle de régulation de la stéroïdogénèse testiculaire[320].

Les gènes LIM1 (ou LHX-1) et GATA4 codent pour des facteurs de transcription impliqués dans les étapes du développement gonadique. LIM1 s'exprime dans le cerveau, le thymus, les amygdales et surexprimée dans certaines leucémies myéloïdes. Des mutations de GATA4 sont associées avec des défauts du septum cardiaque et des anomalies du système reproducteur [565].

SRY (*Sex-determining Region of the Y chromosome*) est le principal facteur de régulation de la différenciation de la gonade primitive bipotente en testicule. SRY est exprimé par les précurseurs des cellules de Sertoli et code une protéine appelée boîte HMG (*High motility group*). Son rôle précis dans le développement testiculaire reste mal connu, mais serait d'agir comme facteur inhibiteur de l'expression génique de gènes situés en aval dans le processus du déterminisme testiculaire. SRY interagirait également avec SF1 dans la régulation de la stéroïdogénèse testiculaire. SRY interagirait

par ailleurs avec le promoteur du gène codant pour l'AMH et serait donc en rapport à l'inhibition des canaux de Müller* [432].

SOX9 (chromosome 17q24.3-q25.1) joue un rôle dans la différenciation des cellules de Sertoli et dans le développement du tissu cartilagineux. Une mutation à ce niveau est caractérisée par une réversion sexuelle avec dysgénésie gonadique chez le fœtus XY associée à une dysplasie campomélique[320].

DAX1 (*dosage-sensitive sex reversal, adrenal hypoplasia critical region, on chromosome X, gene 1*), localisé sur le chromosome X (Xp21), est lié à la différenciation ovarienne. Son expression persiste dans le tissu ovarien alors qu'il disparaît au cours du développement testiculaire. SF1 (*splicing factor 1*) stimulerait l'expression de DAX1 qui agirait alors comme facteur de répression au cours du développement testiculaire. Les individus XY portant une duplication de DAX1 présentent une dysgénésie testiculaire[320].

Wnt4 (*Wingless-related MMTV integration site 4*) situé sur le chromosome 1 (1p35) joue un rôle clé au cours du développement embryonnaire. Wnt4 inhibe la différenciation des cellules de Leydig et empêche ainsi la synthèse des androgènes[320].

Par ailleurs MTM1 (*myotubularin 1*), situé sur le chromosome X (Xq28) et XH2 (*X-linked helicase II*) également situé sur le chromosome X seraient impliqués dans le développement testiculaire. Les mutations de XH2 sont également responsables du syndrome lié à l'X [320].

1.1.3 Principales étapes de la différenciation sexuelle

Les canaux de Wolff sont les précurseurs des canaux déférents chez le garçon et proviennent des canaux excrétoires du mésonéphros à partir de la 4^{ème} semaine de vie embryonnaire. Ces canaux de Müller formeront les trompes, l'utérus et le tiers supérieur du vagin chez la fille vers la 6^{ème} semaine.

Vers la 8^{ème} semaine, les cellules de Leydig produisent de la testostérone et les canaux de Wolff se différencient pour former l'épididyme, les canaux déférents et les vésicules séminales.

La différenciation du tractus génital interne se fait en l'absence de sécrétion hormonale chez le fœtus XX. Devant l'absence d'androgènes, les canaux de Wolff régressent vers la 10^{ème} semaine. En l'absence d'AMH, les canaux de Müller se différencient. A la jonction entre les canaux de Müller et du sinus uro-génital, un épaississement se forme et aboutit à la formation des deux-tiers inférieurs de la cavité vaginale.

Le tractus génital externe suit les mêmes principes de régulation que le tractus génital interne. Sous l'influence des androgènes, la différenciation du tubercule génitale aboutit à la formation de la verge. Les bourrelets labioscrotaux augmentent de taille et fusionnent pour former le scrotum. Le sinus uro-génital se différencie pour former l'urètre pénien. La différenciation du tractus génital externe se termine vers la 12-13^{ème} semaine chez le garçon. La féminisation du tractus génital externe se déroule plus lentement chez la fille. En l'absence d'androgènes, le tubercule génital forme le clitoris au cours du 3^{ème} mois. Les replis génitaux ne fusionnent pas et les petites lèvres se forment ainsi. Les bourrelets génitaux se développent mais ne se soudent pas, ce qui aboutit à la formation des grandes lèvres. La partie basse du vagin et l'urètre se forment à partir de la différenciation du sinus uro-génital[432].

1.1.4 Facteurs hormonaux de la différenciation sexuelle

Les androgènes (testostérone et dihydrotestostérone) et l'AMH assurent l'orientation masculine des tractus génitaux[432].

1.1.4.1 Testostérone

La virilisation du tractus uro-génital est précédée par la synthèse de testostérone. Son pic de sécrétion coïncide avec la période clé de la différenciation des tractus génitaux interne et externe. La sécrétion de testostérone se fait dès la 8^{ème} semaine et

s'élève progressivement jusqu'à la 15- 16^{ème} semaine pour diminuer ensuite au cours du 3^{ème} tiers de la gestation.

La testostérone est produite à partir du cholestérol, dans les mitochondries et dans le réticulum endoplasmique des cellules de Leydig. Plusieurs enzymes appartenant à la famille des cytochromes p450 sont impliquées dans les différentes étapes de la stéroïdogénèse : 3β -*hydroxysteroid*-déshydrogénase et 17β -*hydroxysteroid*-déshydrogénase.

La synthèse de testostérone dépend de la hCG au cours du 1^{er} trimestre de gestation via le récepteur LH/CG et reste sous le contrôle hypothalamo-hypophysaire de LH à partir du 3^{ème} mois.

La testostérone agit de manière directe au niveau des cellules cibles mais aussi après conversion en dihydrotestostérone (DHT) grâce à la 5α -réductase. Le gène SRD5A2 (*steroid-5-alpha-reductase*), situé sur le chromosome 2 (2p23) code cette enzyme et est exprimé au niveau des organes génitaux externes[320].

La testostérone agit sur les cellules cibles en se liant aux récepteurs aux androgènes, tout comme la DHT. Le gène qui code pour le récepteur aux androgènes est situé dans la région centromérique du chromosome X et s'exprime dès la 9^{ème} semaine de gestation chez le fœtus XX et XY.

L'activation du cortex frontal et du cortex cingulaire antérieur est corrélé positivement aux taux de testostérone plasmatique [434].

1.1.4.2Hormone anti-müllerienne (AMH)

Le gène de l'AMH se situe sur le chromosome 19 (19p13.3). Sa production augmente au moment de la régression des canaux de Müller. Elle diminue ensuite jusqu'à la puberté par rétro-contrôle négatif, exercé par la testostérone[432].

1.1.5 Dimorphisme sexuel du système nerveux central

Sur le plan anatomique, les seules populations de neurones présentes chez l'homme et absentes chez la femme sont celles qui commandent la contraction des muscles bulbocaverneux entourant le pénis, présents au niveau de la moelle épinière. Ces neurones moteurs sont retrouvés au niveau du noyau spinal dénommé *noyau d'Onuff* et situés au niveau de la moelle sacrée. Ce noyau est plus riche en neurones chez l'homme que chez la femme[450].

Au niveau de l'aire préoptique de l'hypothalamus antérieur, les différences structurales entre les deux sexes peuvent être appréciées. Cette zone est impliquée dans le comportement reproducteur. Une lésion à ce niveau induit une diminution de la fréquence de copulation chez le rat [450] et une interruption du cycle oestral. Ce noyau est 5 à 8 fois plus gros chez le rat mâle que chez le rat femelle. Cette différence existe également au niveau du cerveau humain.

Il existe en effet 4 groupes de neurones qu'on nomme les noyaux interstitiels de l'hypothalamus antérieur (INAH). INAH-1, INAH-2 et INAH-3 sont deux fois plus gros chez l'homme que chez la femme. La taille de certains de ces noyaux hypothalamiques serait également différente selon l'orientation sexuelle de l'homme [450].

Certaines études décrivent le corps calleux de l'homme comme étant en moyenne, de section supérieure à celui de la femme, mais le cerveau de l'homme serait en revanche également de taille supérieure à celui de la femme, en moyenne. Le splenium de la femme serait de forme plus oblongue que chez l'homme[315].

Le rôle que les hormones jouent dans la cognition a été étudié. Il a été démontré que l'administration de testostérone chez l'homme favorise les performances spatiales, mais la complexité des phénomènes cognitifs ne peut s'arrêter à une simple interprétation basée sur ces études.

Les hormones sexuelles déterminent l'identité sexuelle du cerveau pendant le développement précoce [450]. Le type d'hormone circulant dépend de la différenciation des gonades qui dépend des gènes exprimés sur le chromosome Y. En l'absence d'androgènes, certains gènes du cerveau qui dépendent d'une chaîne d'expression d'une multitude de gènes, vont être exprimés de façon différentielle.

Les hormones influencent les neurones de deux manières. Ils agissent directement sur la membrane cellulaire en modifiant l'excitabilité, la sensibilité aux neurotransmetteurs ou encore la libération des neurotransmetteurs. Ils modulent l'activité de différents récepteurs membranaires, d'enzymes et de canaux ioniques. Ils influencent les neurones de manière indirecte également en traversant la membrane neuronale et en interagissant à l'intérieur du cytoplasme et au niveau du noyau avec des récepteurs spécifiques, qui par la suite inhibent ou activent la transcription de gènes spécifiques au niveau du noyau[450].

La testostérone se convertit en oestradiol sous l'action de l'aromatase. L'activation des gènes à l'origine de la masculinisation du cerveau dépend de l'oestradiol[320].

Les prostaglandines jouent un rôle déterminant dans la cascade d'événements liée à la testostérone et à l'oestradiol. Les prostaglandines jouent de nombreux rôles et sont produites lors de lésions cérébrales, de douleur ou de fièvre. Des études ont démontré chez le rat un comportement copulatoire réduit en cas d'exposition précoce aux inhibiteurs de cyclo-oxygénase (COX) impliquée dans la biosynthèse des prostaglandines. D'un autre côté, les rats femelles ayant été exposés aux inhibiteurs de COX se comportent comme des mâles sur le plan sexuel une fois adulte. On en déduit donc une masculinisation de leurs cerveaux[320].

Les hormones stéroïdiennes agissent donc en organisant les réseaux du cerveau humain, mais leur influence au cours des stades précoces du développement, est radicalement différente de celle au cours de la vie adulte. Ces hormones jouent un rôle activateur sur le cerveau et le comportement sexuel au cours de la vie adulte et les taux d'hormones stéroïdiennes varient au cours des différentes périodes de la vie et des

saisons, ce qui fait avancer l'idée que le soleil a un rôle sur les périodes de tentatives d'accouplement de l'être humain en influençant les taux circulants d'hormones[320].

Le comportement à venir des enfants présentant une hyperplasie surrénalienne congénitale démontre l'effet masculinisant (agressivité, turbulence) des taux élevés d'androgène sur le comportement chez une personne XX, malgré leur femellité génétique.

Ces individus comptent parmi eux d'avantage d'homosexuels que d'hétérosexuels par rapport à la population femelle sans hyperplasie congénitale des surrénales [320], mais leur comportement est-il uniquement dû à l'effet des androgènes sur le cerveau ou également à l'influence environnementale et du milieu familial ? L'effet direct des gènes sur la différenciation sexuelle a été poursuivi par la découverte que 51 gènes sur 12000 gènes actifs du cerveau de la souris sont différenciellement exprimés chez le mâle et la femelle avant la formation des gonades, c'est-à-dire avant l'influence hormonale des androgènes sur le cerveau[320].

1.2 PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE

Le comportement sexuel humain met en confrontation les émotions, les conduites sociales et la neurobiologie et se révèle donc être d'une complexité difficilement tangible et dont plusieurs facettes d'« evidence-based medicine » sont manquantes au jour d'aujourd'hui à ce sujet.

L'ensemble cognitivo-comportemental de l'être humain dépasse la pure génitalité que les modèles animaux nous permettent d'apprécier. L'homme semble, contrairement aux animaux, faire de son activité sexuelle une activité érotique à plusieurs stades de développement, qui dépasse le simple « désir » de procréation, même si plusieurs rites animaux sont semblables à celles de notre espèce.

Est-il judicieux de distinguer le comportement reproducteur du comportement sexuel complexe humain? Quoiqu'il en soit, ces phénomènes ne sont pas entièrement sous le contrôle de la volonté. Comme nous le verrons plus tard, l'avis des premiers psychanalystes, dont Freud est un des chefs de file, est que la pulsion sexuelle des êtres

humains ne vise pas à servir la reproduction à la base, mais plutôt à obtenir du plaisir [200]. Ainsi, la distinction entre comportement sexuel solitaire, en couple et en groupe n'aurait pas lieu d'être ?

Il a été démontré que les comportements sexuels apportant du plaisir mettent en jeu les mêmes composants neurochimiques que ceux qui accompagnent la réponse au stress : stéroïdes surrénaliens, opioïdes, vasopressine, ocytocine, dopamine, etc.

L'ocytocine serait l'hormone clé dans la machinerie de l'amour. Celle-ci réduirait l'expression biologique du stress et favoriserait aussi l'attachement social [339].

L'hypercortisolémie caractéristique des états amoureux et survenant lors de la phase initiale de la rencontre reflète une situation de stress, d'excitation et induit l'initiation d'un contact social en vue de soulager ce stress. Les interactions sociales activent les systèmes hormonaux qui réduisent le stress et modulent ainsi les émotions et les réactions végétatives. L'amour et le stress moulent donc les liens inter-partenaires et régulent les systèmes végétatifs liés à l'émotion[339].

1.2.1 CONTRÔLE HORMONAL DES COMPORTEMENTS SEXUELS

Les glandes endocrines qui intéressent le sujet sont les ovaires et les testicules sécrétant les hormones sexuelles et l'hypophyse, qui régule ces hormones. Le développement et le fonctionnement des organes reproducteurs en dépendent, tout comme le comportement sexuel de l'individu.

Les hormones sexuelles sont des stéroïdes et sont formées à partir du cholestérol. Elles sont donc des lipides et franchissent les bicouches lipidiques. Elles peuvent donc agir au niveau des récepteurs intra-cytoplasmiques et ont donc accès direct au noyau et à la régulation de l'expression génique. L'action de ces hormones dépend donc de la distribution de ces récepteurs au niveau des diverses régions cérébrales. Les concentrations les plus importantes des récepteurs avec lesquels interagissent les stéroïdes sexuels sont trouvées au niveau de l'hypophyse et de l'hypothalamus, incluant aussi la région préoptique de l'hypothalamus antérieur[339].

La testostérone est l'hormone androgène principale chez l'homme et est responsable de la plupart des effets masculinisants. L'élévation de la testostéronémie est corrélée à des défis sociaux, à la colère ou à des situations conflictuelles [450].

1.2.1.1 Axe hypothalamo-hypophyso-gonadique

La GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*) ou LH-RH (*luteinizing hormone-releasing hormone*) est synthétisée par les neurones à GnRH du noyau médio-basal de l'hypothalamus antérieur. La migration de ces neurones vers l'hypothalamus a lieu pendant le premier trimestre de vie embryonnaire et se fait à partir de la placode olfactive. A partir de la puberté, un bolus de GnRH est libéré toutes les 60 à 90 minutes dans le système porte hypothalamo-hypophysaire pour atteindre l'hypophyse antérieure et réguler la synthèse des gonadotrophines FSH et LH[339].

Chez l'homme et la femme, la sécrétion de l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculo-stimulante (FSH), appelés gonadotrophines, jouent un rôle dans le développement et le fonctionnement normal de l'appareil reproducteur.

Ces hormones représentent environ 10% de l'ensemble des cellules de l'hypophyse antérieure. Celles-ci dépendent des hormones hypophysiotropes sécrétées par l'hypothalamus, dont la gonadolibérine. La gonadolibérine a un effet plus important sur la sécrétion de LH que de FSH. Les facteurs qui influencent l'activité des neurones de l'hypothalamus sont nombreux et incluent les éléments psychologiques et environnementaux (stimuli sensoriels). La sécrétion quotidienne de gonadolibérine dépend également de la projection rétinienne vers l'hypothalamus et est en rapport avec la fluctuation de la lumière du jour. On explique ainsi les variations saisonnières de l'activité sexuelle. La lumière inhibe en effet la production de mélatonine sécrétée par la glande pinéale. Il existe par ailleurs une relation inverse entre la sécrétion de gonadotrophines et les taux circulants de mélatonine[450].

La sécrétion de gonadotrophines est pulsatile. La sécrétion de LH est en concordance exacte avec celle de GnRH. La LH et la FSH, une fois libérés, se fixent sur leurs récepteurs cibles au niveau testiculaire[339].

Chez l'homme, la LH est impliquée dans la stimulation de la production de testostérone par les testicules, alors que la FSH agit sur la maturation des spermatozoïdes. Comme à son tour l'innervation de l'hypothalamus dépend du cortex cérébral, certains facteurs psychologiques interviendraient dans la fertilité masculine et donc dans la libido. La différence observée entre l'homme et la femme est que les taux de gonadotrophines varient peu d'un jour à l'autre chez l'homme[339].

1.2.1.2 Testostérone et ses métabolites actifs

A l'âge adulte, la testostérone est sécrétée par le testicule. Celui-ci sécrète également de la dihydrotestostérone (DHT) et du 17β -oestradiol ainsi que des précurseurs hormonaux comme le DHEA et le delta 4 androstènedione[339].

La testostérone est convertie en DHT par la 5α -réductase et en 17β -oestradiol par l'aromatase.

La sécrétion androgénique du testicule dépend de la LH. Un rétro-contrôle négatif est exercé par la testostérone et ses dérivés sur la sécrétion de LH et de GnRH[339].

Les androgènes circulent en majeure partie de façon liée à des protéines de transport. 47% de la testostérone est transportée par la SHBG (*Sex Hormone Binding Globulin*) et 51% par l'albumine. Les 2% restant représentent la fraction libre en circulation, la fraction biologiquement active. Le taux de SHBG est modifié par l'âge, le surpoids, certains médicaments et certaines pathologies d'où les différences inter-individuelles. Les taux de testostérone circulant dépendent également du cycle nyctéméral[339].

Le désir sexuel semble directement lié à la testostérone, alors que le plaisir et la fonction érectile sont liés à d'autres processus neurobiologiques[339].

Le comportement sexuel implique l'hypothalamus, et plus spécifiquement le circuit de Papez* et l'aire pré-optique. Au niveau de ces zones, des récepteurs aux stéroïdes sexuels sont exprimés. L'IRM fonctionnelle couplée au PET-scan (*Positron Emission Tomography*) ont permis de mettre en évidence *in vivo* chez l'homme l'action stimulatrice de la testostérone sur le désir d'activité sexuelle. [315]. Par contre, la stimulation androgénique n'est pas le seul mécanisme d'initiation de l'érection, car même en cas de testostéronémie basse, érection et activité sexuelle sont possibles[339].

Des récepteurs aux androgènes existent également dans certains motoneurones spinaux. Le système nerveux végétatif est également stimulé par la testostérone[450].

Par ailleurs, les androgènes interviennent dans le contrôle des érections spontanées et favorisent indirectement le développement ainsi que la trophicité des tissus érectiles péniens. Ils auraient également un rôle programmeur du comportement sexuel mâle en période néonatale en permettant des érections dès la vie *in utero*. Au cours de la période adulte, les androgènes ont un rôle de régulation des érections nocturnes androgéno-dépendants et facilitent les érections psychogènes[339].

De plus, la production locale d'oxyde nitrique (NO) responsable de la vasodilatation des corps caverneux, de la relaxation des cellules musculaires lisses péniennes et de l'augmentation du débit artériel local est également liée à l'action locale des androgènes. L'activité du NO au niveau de l'aire préoptique serait d'inhiber l'éjaculation en réduisant la conduction sympathique. Le NO serait en effet capable de stimuler le relargage de dopamine au niveau de l'aire préoptique médiale, qui en retour stimulerait l'érection pénienne[435].

1.2.1.3 Sécrétion surrénalienne de DHEA

Le déydroépiandrosténédione (DHEA) et le sulfate de déhydroépiandrosténédione (SDHEA) sont des précurseurs des androgènes. 90% de leur sécrétion est régie par les surrénales et 10% par les testicules. Ils deviennent actifs après transformation dans les tissus périphériques en testostérone et en 17 β -oestradiol.

L'ACTH est impliquée dans la régulation de leur sécrétion ainsi que dans la régulation de la synthèse de cortisol. 99% de la DHEA est sulfatée avant sa sécrétion[339].

La concentration plasmatique de SDHEA diminue avec l'âge, surtout après 45 ans. Chez l'homme les taux persistent aux alentours des normes grâce à la sécrétion testiculaire de SDHEA[339].

L'action soit-disante d'amélioration des fonctions sexuelles et de la sensation de bien-être liée à l'augmentation du taux de DHEA n'a pourtant pas été retenue d'après l'étude en double aveugle de Flynn et al., réalisée en 1999 [190].

1.2.1.4 Œstrogène et Progestérone

L'espèce humaine ne connaît pas l'attraction sexuelle et la copulation comme étant liées au cycle oestral. Les oestrogènes jouent sur la pousse des épines dendritiques [543]. Il a été retenu que les oestrogènes jouent un rôle majeur dans la formation des réseaux neuronaux, durant le développement. L'excitabilité de l'hippocampe suit donc les variations du cycle oestral. L'oestradiol exercerait comme effet direct sur l'hippocampe une réduction de l'inhibition synaptique par diminution de la production d'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Les activités excitatrices sembleraient être ainsi facilitées. L'oestradiol protégerait également les neurones. Une étude a démontré que les neurones exposés à l'oestradiol sont plus résistantes à l'hypoxie, au stress oxydant et à l'action de différentes substances neurotoxiques, d'où le travail de plusieurs chercheurs de mettre en évidence l'existence d'une possibilité thérapeutique par oestrogènes sur des maladies cérébrales dégénératives[450].

La progestérone augmenterait la réceptivité et le désir sexuel chez la femelle du rat [207]. Il a été démontré qu'une administration de finastéride, molécule inhibitrice du métabolisme de la progestérone, réduit la préférence sexuelle du partenaire pour un mâle sexuellement vigoureux et réduit également l'attitude proceptive des femelles [435].

Chez la femme ménopausée, le traitement hormonal substitutif par un mélange d'œstrogène et de progestérone a montré une amélioration de la libido et de la fréquence des relations sexuelles en comparaison avec un traitement par œstrogène seule[490].

Britton (1998) cite le succès de l'acétate de medroxyprogesterone dans le traitement de l'hypersexualité chez un homme dont la pathologie s'exprimait par des commentaires et des gestes sexuels inappropriés[79].

1.2.1.5 Prolactine et sexualité

L'hyperprolactinémie peut être responsable de troubles sexuels, mais les cas sont rares. Cette hormone antéhypophysaire agit électivement sur le développement de la glande mammaire et la lactation. La régulation de la sécrétion est liée à la dopamine sécrétée par l'hypothalamus. La dopamine inhibe en effet la sécrétion hypophysaire de prolactine[339].

Une hyperprolactinémie peut donc faire diminuer le désir sexuel et engendrer des dysfonctions érectiles. En diminuant la pulsativité du GnRH, l'hyperprolactinémie peut être responsable d'une insuffisance gonadotrope* [339].

1.3 BASES NEURALES DES COMPORTEMENTS SEXUELS

Un comportement est une séquence motrice ou sensorielle d'un être vivant dans son écologie naturelle. La sélection, le déclenchement et l'orientation des conduites est donc ce qui définit un comportement.

La sexualité associe de manière constante un renforcement positif (plaisir/orgasme) ou négatif (déplaisir/honte/douleur) et une répétition du comportement[315].

Le contrôle nerveux de l'appareil reproducteur masculin est très similaire à celui de la femme. L'excitation sexuelle chez l'homme et la femme peut être engendré par des stimuli érotiques d'ordre psychologique ou des stimuli sensoriels. Ces stimuli peuvent être d'ordre visuel ou olfactif ou d'origine sensoriel par stimulation des organes génitaux ou des autres zones érogènes*. La réponse sexuelle complète est divisée en trois phases, soit l'excitation sexuelle, un plateau puis l'orgasme et enfin une phase terminale. Les changements physiologiques associés à ces phases sont constants d'un individu à l'autre même si la durée de chacune varie d'un individu à l'autre. La réponse sexuelle à un stimulus dépend de l'endroit du cortex d'où proviennent les pensées érotiques, mais également de la moelle épinière. Cette région coordonne l'activité cérébrale et l'information sensorielle issue des organes génitaux et est à l'origine de la réponse sexuelle des structures génitales [450].

Le comportement sexuel est sous l'influence évidente du cerveau. L'érection suit une pulsion sous-corticale mettant en jeu les structures diencephaliques. Le système limbique, défini plus loin en profondeur, intègre les messages sensoriels. Le néocortex joue un rôle stimulant ou inhibiteur sur le comportement sexuel[450].

L'excitation sexuelle provoque un afflux sanguin vers les organes génitaux externes. Ces zones sont fortement parsemées de mécanorécepteurs, notamment au niveau du clitoris et du pénis. Une stimulation directe de ces récepteurs entraîne également cet afflux sanguin. L'érection peut donc être obtenue même en cas de section de moelle par mécanisme purement spinal. Les neurones parasympathiques du système nerveux autonome régulent principalement l'activité érectile. Ces neurones

peuvent être activés par une stimulation adéquate des mécanorécepteurs situés au niveau des organes génitaux externes ou par les axones descendant à partir du cerveau. L'émission de sperme chez l'homme dépend du système sympathique. L'orgasme chez la femme en dépend également[339].

Selon la théorie purement biologique, les stratégies d'accouplement ont pour unique objectif celui de perpétuer l'espèce en préservant le patrimoine génétique des parents [450], mais faire la part entre l'impact de la composante génétique et culturelle sur les comportements humains reste impossible à ce jour.

Expliquer les comportements sexuels en ne se servant que du système neurobiologique serait ignorer la complexité des mécanismes sociaux et environnementaux entrant en jeu et réduire des phénomènes complexes à une simplicité incomplète.

1.3.1 CENTRES CEREBRAUX DE REGULATION DE LA REPONSE SEXUELLE

Pour apprécier le lien entre une lésion anatomique et ses conséquences sur le comportement sexuel de l'individu, il est important de connaître les différentes fonctions des centres cérébraux entrant en jeu dans ces mécanismes complexes de la sexualité. Les lobes frontaux ont comme fonction le contrôle volontaire de la réponse sexuelle et gèrent les aspects moteurs de la réponse sexuelle. Les lobes pariétaux sont impliqués dans l'orientation sexuelle, les pratiques marginales et les pulsions sexuelles. Le système limbique gère les émotions fondamentales : peur, colère, désir. Ce système intervient, comme nous le verrons plus loin, dans la recherche de l'attachement amoureux et l'établissement de relations durables. L'hypothalamus régule l'orientation sexuelle et les pulsions sexuelles sous la dépendance du système endocrinien et du système nerveux autonome. Le thalamus joue sur l'expression des émotions, les noyaux septaux sur l'excitation sexuelle, le plaisir et l'orgasme. Les noyaux lenticulaires articulent les pulsions sexuelles et l'hippocampe la mémoire à long terme (souvenirs à caractère sexuel). Nous allons ainsi étudier en bref chacune des structures impliquées dans le comportement sexuel humain.

1.3.1.1 Concept du système limbique et émotions

Le système limbique se divise en 3 compartiments :

- Les structures limbiques à proprement parler : l'amygdale, les noyaux gris centraux (striatum ventral ou noyau accumbens, pallidum) et l'hippocampe.
- Les structures paralimbiques : les noyaux septaux (noyau basal de Meynert et substance innominée, noyau septal médial, noyaux de la bandelette diagonale), le rhinencéphale, l'hypothalamus, l'insula et les cortex orbitofrontal, entorhinal et cingulaire.
- Les structures apparentées : l'hypothalamus, les noyaux thalamiques limbiques et l'aire tegmentale ventrale[492].

Ce système a d'abord été décrit comme le « cerveau des émotions ». Ces structures prennent en charge les réactions et les comportements plus émotionnels et plus instinctifs, comme la mémoire à long terme et le désir sexuel, la colère, le plaisir et la survie en général[450].

Le circuit de Papez se constitue de structures du système limbique situées sur la face médiane du cerveau. Ce circuit comprend le cortex cérébral temporal et cingulaire, le thalamus, l'hypothalamus et certaines de leurs interconnexions. Il se compose de connexions entre 4 principales structures, c'est-à-dire entre les corps mamillaires de l'hypothalamus et le noyau antérieur du thalamus, entre le noyau antérieur du thalamus et le cortex cingulaire antérieur, entre le cortex cingulaire antérieur et le gyrus parahippocampique et entre l'hippocampe et les corps mamillaires[492].

Le système limbique est étroitement lié au système sensoriel, en particulier à l'odorat. Les fibres nerveuses unissent toutes les composantes de ce système et les relient aux autres régions du cerveau dont le cortex frontal inférieur en particulier, qui intervient dans l'anticipation, la récompense et la prise de décisions[492].

Le gyrus parahippocampique est une zone corticale adjacente à l'hippocampe participant à la visualisation des scènes et des lieux[96].

L'hippocampe fait partie du cortex cérébral mais ne comporte qu'une à trois couches de cellules, au lieu des six habituellement présentes au niveau du cortex. Cette structure intervient dans la proprioception, la construction de la mémoire et la résurgence des souvenirs. Elle contribue à la sélection des informations transitoires à mémoriser et à leurs transmissions à des régions spécialisées dans la mémoire à long terme. L'hippocampe intervient au niveau du codage et de la résurgence des souvenirs. Les souvenirs personnels possèdent une composante émotionnelle que l'hippocampe fait resurgir et mélange parfois aux émotions présentes[96].

Il n'est possible de parler de comportements sexuels chez l'être humain sans introduire le concept des émotions. Dès 1884, on définit une émotion comme la traduction d'une réponse aux modifications physiologiques intervenant dans le corps [96].

Les systèmes sensoriels transmettent au cerveau des informations sur les conditions dans lesquelles nous nous trouvons et le cerveau envoie en retour des messages au corps (ex. : modification du tonus musculaire, de la fréquence cardiaque, etc.) Les systèmes sensoriels réagissent aux modifications ordonnées par le cerveau et naissent ainsi les « émotions »[450].

Le cortex entourant le corps calleux, c'est-à-dire au niveau du gyrus cingulaire, le cortex situé à la face médiane du lobe temporal, comprenant l'hippocampe forment le « lobe limbique », structure liée aux émotions. Le circuit de Papez qui relie le cortex à l'hypothalamus sert à véhiculer les émotions[492].

Les tumeurs siégeant à proximité du cortex cingulaire sont associées à des troubles de l'émotion : peur, irritabilité, dépression. L'hypothalamus contrôle l'expression comportementale des émotions. Le cortex cingulaire agit sur l'hypothalamus via l'hippocampe et le fornix (voie efférente de l'hippocampe). L'hypothalamus agit à son tour sur le cortex cingulaire par les noyaux antérieurs du thalamus. Une lésion du thalamus antérieur conduit à des troubles émotionnels (pleurs, accès d'hilarité spontanée)[450].

La strie terminale relie l'amygdale aux autres régions du cerveau et intervient dans la réponse à l'anxiété et au stress. La densité des cellules de cette zone varie selon le sexe de l'individu. Chez les transsexuels, la structure cellulaire correspond « aux schémas caractéristiques du sexe pour lequel ils ont choisi de changer » [96].

Malgré la mise en évidence du rôle du système limbique dans les émotions, définir un système unique de l'émotion semble alléger la complexité du cerveau.

« Les émotions sont des « mouvements internes », réponses physiologiques à des stimuli visant à nous éloigner du danger et à nous inciter à la recherche de récompenses » [96]. Ce sont des réactions physiques inconscientes face à un danger ou toute autre occasion. « Ce sont des expériences subjectives associées à des réactions biologiques objectives, en réponse à certaines situations et en opposition ou non avec un souhait conscient » [492].

Les émotions ont différentes fonctions, d'abord de préparation, c'est-à-dire qu'ils impliquent une excitation générale qui prépare à l'action et une excitation spécifique qui elle, prépare l'organisme à un comportement spécifique. Elles servent également une fonction de communication sociale[96].

Le système limbique est étroitement lié aux régions corticales les plus évoluées. Des échanges à double sens ont lieu constamment et permettent le ressenti conscient des émotions. Les pensées conscientes affectent à leur tour les émotions. Le type d'émotion ressenti dépend des régions corticales activées[96].

Le système limbique produit les émotions et le cortex frontal nous les fait ressentir consciemment[96].

Miller et al. (1986) décrivent le cas d'un patient ayant développé un comportement de voyeuriste suite à une encéphalite touchant à la région limbique. Quelques cas similaires ont été décrits suite à une encéphalite herpétique [389].

L'hémisphère droit produit des émotions plus négatives que la gauche, comme la tristesse et la peur, dont la reconnaissance dépend des signaux émis par cet hémisphère, reçus et traités par l'hémisphère gauche[96].

Les émotions positives passent par le tronc cérébral qui produit la dopamine qui modifie l'humeur.

Le développement de l'individu altère également la perception des émotions et les réponses émotionnelles. L'adolescent n'utilise pas les mêmes parties de son cerveau pour traiter les informations liées aux émotions que l'adulte[96].

1.3.1.2 Structures subcorticales

1.3.1.2.1 Hypothalamus et motivation

L'hypothalamus est situé à la base du diencephale. Il est limité en avant par le chiasma optique, en arrière par le mésencéphale et au-dessus par le thalamus. Il forme le plancher et les parois du troisième ventricule[450].

L'hypothalamus antérieur est situé au-dessus du chiasma optique et comporte le noyau préoptique périventriculaire, le noyau préoptique médian, le noyau suprachiasmatique et le noyau préoptique latéral. Il est relié à l'hypothalamus postérieur par la tige infundibulaire (pituitaire)[450].

L'hypothalamus moyen est situé au-dessus de la tige pituitaire. Il est composé du noyau arqué (infundibulaire), le noyau ventromédian, le noyau dorsomédian, le noyau paraventriculaire, le noyau supraoptique et le noyau périventriculaire[492].

L'hypothalamus postérieur comprend les corps mamillaires et l'aire hypothalamique postérieure[492].

L'hypothalamus transmet des signaux concernant les fonctions autonomes au tronc cérébral par deux voies majeures : le faisceau médian du télencéphale et le faisceau longitudinal dorsal. Le faisceau médian du télencéphale est en partie constitué par les axones de la partie latérale de l'hypothalamus. Ceux-ci se projettent sur l'aire tegmentale ventrale, au niveau du mésencéphale [450].

L'hypothalamus est le point de convergence des voies ascendantes et descendantes, facilitatrices et inhibitrices.

La partie médiane de l'hypothalamus se projette au niveau du mésencéphale sur la substance grise périaqueducale, par le faisceau longitudinal dorsal[450].

Les voies impliquées passent par l'aire tegmentale ventrale où sont localisés les corps cellulaires des neurones dopaminergiques. Celles-ci se projettent vers le cerveau antérieur en passant par l'hypothalamus latéral. Les membranes de ces neurones dopaminergiques expriment des récepteurs nicotiques et des récepteurs aux opiacés. L'action de la dopamine dans les structures limbiques et la relation entre les comportements motivés et la dopamine ont été à de nombreuses reprises mis en évidence[96] et seront présentés plus loin.

Les principales afférences de l'hypothalamus proviennent du noyau du faisceau solitaire, situé dans le tronc cérébral et chargé de transmettre un grand nombre d'informations viscérales provenant du nerf vague (X), de la formation réticulée du tronc cérébral qui reçoit de nombreuses informations de la moelle épinière, du fornix qui amène des informations provenant des structures limbiques dont l'hippocampe et l'amygdale, de la rétine. Quelques fibres du nerf optique vont directement au noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus. Ce noyau règle les rythmes circadiens. L'hypothalamus reçoit également des afférences des organes circumventriculaires, situés le long des ventricules et dépourvus de barrière hémato-encéphalique, leur permettant ainsi de détecter des substances véhiculées dans le sang. Différents systèmes sensoriels (olfactif et visuel) et les structures du système limbique envoient des projections à l'hypothalamus et régissent les comportements de reproduction, et de prise alimentaire[96].

Une communication intrinsèque entre les différents noyaux de l'hypothalamus existe également[492].

Les comportements dépendent de l'hypothalamus latéral alors que les réponses humores et viscérales dépendent des zones périventriculaire et médiane de l'hypothalamus[450].

L'ocytocine et la vasopressine sont deux hormones libérées par la neurohypophyse sous le contrôle hypothalamique.

Il existe cinq axes hypothalamo-hypophysaires : gonadotrope, thyroïdienne, corticotrope, somatotrope et lactotrope.

L'hypothalamus intervient dans la transduction des signaux sensoriels, et représente l'élément clé de l'homéostasie*. Les signaux sensoriels sont reçus par les neurones hypothalamiques qui stimulent ou inhibent la production d'hormones hypophysaires. Ces mêmes neurones ajustent l'activité des systèmes sympathique et parasympathique du système nerveux autonome et déclenchent la réponse somatique motrice la plus adaptée à la stimulation initiale. Naît ainsi la notion de comportement « motivé »[96].

L'hypothalamus intervient également dans la mémoire et la proprioception. Le contrôle de la température corporelle, la consommation de nourriture et de liquides, l'équilibre hydrique, les taux d'hormones et les cycles éveil-sommeil sont sous la dépendance de l'hypothalamus. On le décrit comme le principal centre de coordination du système limbique[450].

Ses connexions avec le système nerveux autonome et l'hypophyse lui permettent d'induire des réponses vitales et de générer des sensations et des sentiments comme la colère, la peur ou la faim[96].

Le noyau préoptique médial régule la production d'hormones sexuelles.

Des lésions isolées de l'hypothalamus réduiraient les pulsions sexuelles[44; 389]. Ces lésions pourraient par la suite conduire à un changement d'objet d'investissement libidinal [389].

Comme le montre l'étude de Miller et de ses collègues en 1995, un homme de 50 ans souffrant de lésions hypothalamiques suite à un gliome infiltrant développa des difficultés érectiles et éjaculatoires ainsi qu'une préférence sexuelle pédophile[389].

Des scientifiques ont proposé le traitement de certaines déviations sexuelles par une méthode stéréotaxique de destruction du noyau hypothalamique ventro-médial. La libido est anéantie ou au moins diminuée dans tous les cas [464].

Frohman et ses collègues ont mis en évidence, en 2002, des lésions neuroradiologiques de l'hypothalamus et du mésencéphale chez un homme ayant développé des troubles du comportement sexuel caractérisés par la compulsion de toucher les seins des femmes [204].

Miller et al. (1986) décrivent le cas d'une femme de 31 ans présentant une brutale modification de son comportement. En effet, du jour au lendemain, cette femme s'est mise à avoir des propos indécents avec quiconque, même avec un patient cancéreux cachectique de 70 ans. Parmi ses symptômes, on retrouvait une augmentation de l'appétit, une insomnie et une hémianopsie gauche. Une lésion hypothalamique et thalamique droite a finalement pu être mise en évidence par tomodensitométrie[389].

Un autre cas relate l'histoire d'un homme de 50 ans présentant soudainement une envie incontrôlable de parler de sexe en public. Après avoir développé des difficultés érectiles et d'éjaculation, il commença à faire des avances à sa fille de 7 ans et à ses amies. Ses discussions ne commencèrent à porter que sur le sexe. Biologiquement, on retrouvait des stigmates d'hypothyroïdie. Les bilans d'imagerie initiaux étaient sans anomalie. Quelques années plus tard, il développa un syndrome de Weber* (paralysie du IIIème nerf crânien et hémiparésie droite). Une tumeur du tronc cérébral fut alors mise en évidence. Le bilan endocrinien de ce patient suggérait un profond dysfonctionnement de l'hypothalamus [389]. L'autopsie confirma une lésion englobant l'hypothalamus et impliquant le thalamus et le pont.

L'hypothalamus régit donc les aspects neuroendocrine de la vie sexuelle et aurait un rôle à jouer dans l'orientation sexuelle. La complexité de cette structure et les fonctions opposées des différents noyaux qui le constituent font que des lésions peuvent induire une hypo- ou hypersexualité prenant différentes expressions individuelles.

Par ailleurs, son rôle dans l'éjaculation, semble avoir été mis en évidence par une activation des régions subcorticales dont l'hypothalamus lors du déclenchement de l'éjaculation [188].

1.3.1.2.2 Thalamus

Le Thalamus est une structure du diencephale. Composé de 2 parties paires, il se situe de part et d'autre du troisième ventricule. Il n'y a pas de connexion directe entre les deux parties car elles sont séparées par le troisième ventricule et par une bande de substance blanche[492].

Il joue la fonction de relais et d'intégration des afférences sensitives et sensorielles et des efférences motrices à l'exception de l'odorat. Il s'agit d'un centre relais et de prétraitement, notamment pour les informations sensorielles transmises du tronc cérébral. La transmission se fait ensuite au cortex cérébral.

Le thalamus, véritable centre de tri des informations, régule également la conscience, la vigilance et le sommeil. Cette structure renferme des neurones relais activateurs glutaminergiques et inhibiteurs GABAergiques. Une enveloppe gliale entoure les glomérules au sein desquelles font synapses les afférences sensorielles, les neurones relais et les interneurons. Cette glie participe activement au fonctionnement de la synapse en libérant de la D-sérine qui se fixe sur les sites glycinergiques des récepteurs neuronaux NMDA* une fois que ses récepteurs postsynaptiques au glutamate sont activés[96].

1.3.1.3 Noyaux gris centraux, noyaux septaux et autres structures paralimbiques

Les ganglions de la base ou noyaux gris centraux, sont des noyaux pairs, interconnectés. Ils comprennent le striatum, le pallidum, le noyau sous-thalamique (ou corps de Luys), le locus *niger* compacte et réticulé. Ces noyaux participent à des réseaux neuronaux qui sont disposés en boucles parallèles motrices, oculomotrices, cognitives et limbiques[492].

Le pallidum est formé du globus *pallidus* (ou pallidum dorsal) et de la zone de substance grise située sous la commissure antérieure formant le pallidum ventral[492].

Le striatum est une structure nerveuse paire formée par le noyau caudé et le putamen. Cette formation est impliquée dans le mouvement volontaire, particulièrement extra-pyramidale. La maladie de Huntington atteint cette région du cerveau[96].

Le striatum est en liaison réciproque avec tous les noyaux rétro-capsulaires et reçoit des afférences de la totalité du cortex.

Le pallidum ventral est en connexion avec le striatum ventral et participe au système limbique. Le versant dorsal est un relais crucial des ganglions de la base. Il entre en jeu en matière de fonctions cognitives et de motricité[492].

Le nucleus accumbens s'appuie sur les noyaux septaux. C'est la réunion entre la partie antérieure du putamen et le noyau caudé, qui font partie des ganglions de la base. Il appartient de ce fait au striatum. Son activation entraîne une libération de dopamine et de sérotonine. Cette structure reçoit des afférences de l'aire tegmentale ventrale, région du mésencéphale qui libère de la dopamine afin de stimuler le noyau accumbens[450].

Le noyau accumbens est impliqué dans l'expression motrice des émotions, comme le sourire et l'adoption d'une posture agressive ainsi que dans les aspects motivationnels des mouvements[96].

L'entrée dans le circuit des noyaux gris centraux se fait ainsi par le striatum ventral et la sortie du circuit par le pallidum ventral.

Le striato-pallidum ventral est pour ainsi dire l'étape clef pour les comportements motivés.

Les noyaux septaux sont des structures paralimbiques dits du « plaisir » regroupant le noyau basal de *Meynert*, au sein duquel on retrouve un grand nombre de neurones cholinergiques impliqués dans de diverses fonctions cognitives et dans la régulation de l'éveil, la substance innominée, le noyau septal médial et les noyaux de la bandelette diagonale. Les principales efférences se projettent sur la strie médullaire et vers l'hippocampe. Leurs afférences proviennent de l'amygdale, du tractus olfactif, de l'hippocampe et du tronc cérébral[450].

La substance innominée (de *Reichert*) désigne la partie du cerveau au sein du prosencéphale basal qui se constitue du noyau basal de *Meynert*, d'une partie du *striatum* (ou striatopallidum) ventral et d'une partie du complexe amygdalien défini plus loin[492].

Le striatum ventral et la substance innominée sont impliquées dans le système dopaminergique. Des connexions importantes avec le système moteur et le système comportemental existent. Du fait des nombreuses connexions entre le complexe amygdalien et les autres structures du pallidum ventral, la substance innominée a un rôle important à jouer dans la régulation des réponses émotionnelles motrices et autonomes[96].

Une auto-stimulation par électrodes de la région septale entraîne un orgasme et engendre une compulsion à la masturbation chez les animaux. Une stimulation chimique de la même région engendre des réactions sexuelles similaires [245].

Une étude menée par Heath en 1964 démontre l'effet agréable de la stimulation de la région septale par électrode chez 54 patients. Tous ces patients ont pu ressentir du plaisir et un degré variable d'excitation sexuelle[245].

Gorman et Cummings (1992) ont mis en évidence le rôle du noyau septal dans la médiation du comportement sexuel par accident. En effet, après la pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale chez deux de leurs patients atteints d'hydrocéphalie, ils ont découverts des manifestations d'hypersexualité[223].

Plusieurs cas d'hypersexualité suite à des lésions de la région septal ont été décrits, dont un homme de 39 ans se masturbant soudainement sur son brancard d'hôpital et essayant de s'engager dans un acte sexuel avec les femmes environnantes. Un homme de 59 ans développa lentement des pulsions sexuelles effrénées et se masturbait à l'hôpital devant tout le monde. Il essayait d'avoir des relations avec des hommes comme des femmes. Ces troubles suivaient une opération neurochirurgicale pour méningiome sous-frontale. Le seul autre argument clinique pathologique était une absence d'odorat. Chez lui, ont été découvert des infarctus multiples fronto-basales[389].

Une rupture des fibres nommées *ansa lenticularis* se projetant du ganglion basal du thalamus au globus *pallidus* peut entraîner des troubles de la fonction sexuelle[450].

Kleist (1922) ainsi que plusieurs chercheurs ont associé un rôle entre les ganglions de la base et le comportement, les fonctions cognitives, les émotions, la motivation, la récompense, la personnalité et le caractère. Leurs riches connexions avec les zones corticales sensitivomotrices ainsi qu'avec les structures du système limbique, paralimbique et avec le cortex, les ganglions de la base en font la plaque tournante pour servir d'interface entre les stimuli externe et les pulsions internes [450].

Meyers (1961) décrit le cas de quatre patients présentant une baisse de la libido suite à une neurochirurgie lésant l'*ansareticularis*, dont les fibres se projettent du *globus pallidus* au thalamus. Deux d'entre eux ont développé un syndrome parkinsonien et les deux autres des mouvements myocloniques [385 ; 386].

Deux cas d'hypersexualité ont été rapportés suite à une pallidotomie dans le cadre d'une maladie de Parkinson. Mendez et ses collègues ont noté cette hypersexualité immédiatement après l'intervention. Celle-ci a duré un an pour diminuer graduellement sous traitement [382].

Les noyaux de la base seraient donc impliqués dans les pulsions sexuelles et la libido.

1.3.1.4 Neocortex

Le cortex est impliqué dans les sensations conscientes, les processus cognitifs abstraits, le raisonnement, la planification, la mémoire de travail et d'autres processus mentaux complexes apparentés[96].

Poeck et Pilleri ont étudié le cas d'une femme souffrant d'hypersexualité périodique et de comportement agressif suite à une encéphalite d'étiologie indéterminée [443].

Ortego et ses collègues (1993) ont décrit le cas d'une femme atteinte de sclérose en plaque ayant développé une hypersexualité associée à de multiples paraphilies comme la pédophilie, la zoophilie et l'inceste deux mois avant sa mort. Les régions atteintes incluaient les structures limbiques, l'hypothalamus, la région septale et temporale du cerveau[419].

On a également décrit des cas d'exhibitionnisme chez des patients souffrant de sclérose en plaques, de la maladie d'Huntington et du syndrome de Gilles de la Tourette [118 ; 128].

L'association entre la pédophilie et des tumeurs cérébrales à type de méningiome suprasellaire ont été décrit par Regestein en 1978 [450]. On a également associé cette paraphilie avec un Parkinsonisme post-encéphalite et une encéphalite post-anoxique [53].

Henn et ses collègues (1976) notent que 14,4% de 111 agresseurs sexuels sur mineurs présentaient une anomalie neurologique organique et qu'un autre 13,5% étaient handicapés mentaux[248].

L'implication de plusieurs zones du cerveau a donc être démontrée dans certains cas de troubles sexuels et l'absence d'autres signes cliniques orientant vers une étiologie neurologique des troubles. L'absence d'anomalie neurologique associée ne doit donc pas faire éliminer une telle hypothèse diagnostique.

La complexité clinique des crises épileptiques temporales, pariétales et frontales fait qu'en conséquence, une exploration neuro-encéphalographique doit être envisagée devant l'apparition ou la modification d'un comportement sexuel.

1.3.1.4.1 Latéralisation hémisphérique de la sexualité

Il semble également exister une latéralisation hémisphérique de la libido [450].

Les patients souffrant d'hyposexualité ont une tendance à avoir des lésions au niveau de l'hémisphère gauche, particulièrement au niveau du lobe temporal. Les patients souffrant d'hypersexualité ont plutôt des lésions prédominantes au niveau de l'hémisphère droit. [484].

Kimura et ses collègues (2001) ont retrouvé que les patients ayant souffert d'un AVC au niveau de l'hémisphère droit avaient significativement plus de libido que les patients atteints d'un AVC au niveau de l'hémisphère gauche [294]. D'autres études ne sont pas concluantes [67 ; 506].

Braun et al. (2003) rapportent qu'un comportement violent, une dépression et l'hyposexualité sont plutôt en rapport avec des lésions de l'hémisphère gauche quelque soit l'origine de la lésion (tumeur, infarctus) alors que l'hypersexualité et les comportements maniaques sont plutôt en rapport avec des lésions de l'hémisphère droit [73] quelque soit le type de lésion (tumeur, infarctus, hématome, malformations artérioveineuses).

1.3.1.4.2 Région frontale

Le cortex orbitofrontal reçoit des afférences du noyau dorsomédian du thalamus, qui reçoit lui-même des projections du cortex temporelle, de l'amygdale et de l'insula. Les efférences de ce cortex se dirigent vers le striatum ventral, le cortex temporal, entorhinal et cingulaire ainsi que vers l'hypothalamus.

Lors de l'excitation sexuelle, incluant l'orgasme lié à la masturbation, une activation de nombreuses régions frontales a été observée, dont le cortex préfrontal droit, le cortex cingulaire antérieur, le gyrus cingulaire ainsi que la région orbito-frontale[450].

L'activation de la région cingulaire dorsal antérieure est liée à la modulation des activités motrices qui caractérisent l'excitation sexuelle ainsi qu'au besoin imminent de sexe [285].

L'activation de la région orbito-frontale est liée à la représentation des sensations corporelles plaisantes[96].

Le cortex orbitofrontal a par ailleurs un rôle dans la prise de décision, le jugement moral et le jugement de valeur. Il permet d'ajuster son comportement dans un comportement social donné. C'est le siège des associations entre la situation sociale et l'état somatique[96].

Des lésions au niveau du cortex orbitofrontal peut donc entraîner des changements de personnalité, des troubles de planification et de décision. On peut ainsi observer une impossibilité d'adaptation du comportement en situation de choix, des perturbations des processus de raisonnement et de l'expression des émotions. Les fonctions intellectuelles, la mémoire et le langage restent normaux sauf en cas d'autre lésion associée [96].

Damasio étiquettera de « sociopathie acquise » ces patients souffrant de lésions du cortex orbitofrontal (humeur labile et imprévisible, impulsivité, euphorie,

désinhibition sexuelle, comportements infantiles, manque de jugement, manque d'empathie et non-respect de conventions sociales et morales) [492].

Poletti et al. (2010) décrivent le cas d'un homme de 75 ans présentant une hypersexualité pathologique, symptôme ayant par la suite révélé une lésion hypodense du cortex orbito-frontal droit. Le reste de ses fonctions cognitives est resté intact et aucun autre symptôme psychiatrique n'a pu être décelé[445].

Le cortex frontal et le système limbique sont étroitement liés. Les sentiments conscients sont produits par le cortex frontal après transmission des informations venant du système limbique. Le cortex envoie en retour les connaissances conscientes sur l'environnement au système limbique[450].

Des atteintes du lobe frontal ont été décrites dans plusieurs cas de désinhibition sexuelle. Ces atteintes concernent surtout la partie orbitofrontale du système limbique[96].

5 à 15% des personnes arrêtées pour exhibitionnisme présenteraient une lésion somatique au niveau du lobe frontal [19 ; 61].

L'étude de Levine et Albert (1951) portant sur 40 patients a exploré les modifications des conduites sexuelles chez les patients ayant subi une lobectomie frontale. Selon leurs conclusions, seulement quatre patients ont connu des modifications dans leur comportement sexuel qui ont causé des difficultés sociales[334].

Il a été démontré que des crises épileptiques émanant du lobe frontal s'expriment parfois sous forme d'automatismes sexuels comme des contorsions, des mouvements pelviens répétés et des manipulations des organes génitaux, etc. [332 ; 513 ; 570].

Fisher et al. (2005) rapportent le cas d'un homme atteint d'une malformation artérioveineuse en région frontale droite ayant eu une relation avec une mineure[189].

Tiihonen et al. (1994) ont mis en évidence l'activation significative du cortex préfrontal droit lors de l'orgasme chez l'homme[529].

Des lésions du néocortex frontotemporal peut induire une désinhibition. Une lésion préfrontale peut entraîner un comportement d'hyposexualité avec une tendance vers l'apathie et l'indifférence[450].

Un comportement de désinhibition sexuelle est considéré comme faisant partie d'un comportement de désinhibition globale et fait allusion à des lésions du cortex frontotemporal et paralimbique. Parallèlement, l'hypersexualité est plus communément associée avec une lésion du système limbique et du lobe temporal. Inversement, l'hyposexualité peut survenir en cas de lésion de la convexité de l'aire préfrontale[450].

Ferretti et ses collègues ont démontré que l'activation de la région cingulaire antérieure atteint un pic lors de la phase initiale de l'érection [188].

Le rôle des lobes frontaux dans la réponse sexuelle humaine a donc a mainte fois été mise en évidences, mais des études complémentaires sont continuellement envisagées pour différencier les zones spécifiquement impliquées dans le désir sexuel des zones impliquées dans les émotions et les motivations [393].

Grâce à l'IRM fonctionnelle, le rôle du cortex frontal dans la préparation motrice à l'acte sexuel ainsi que le rôle du lobe pariétal dans l'attention ont été mis en évidence[96].

1.3.1.4.3 Région temporale

Des études récentes utilisant les techniques de neuroradiologie ont permis de mettre en évidence le rôle majeur des lobes temporaux dans la médiation de la pulsion sexuelle [27].

Les comportements d'hypersexualité sont associés à des lésions du système limbique et du lobe temporal[26].

Le syndrome de Klüver-Bucy*, qui consiste en une lobectomie temporale, entraîne une exacerbation du comportement sexuel lors des études sur les singes [450]. Ces singes connaissent une diminution de la peur et de l'agressivité et une diminution de la reconnaissance visuelle les poussant à expérimenter par voie orale ou tactile. Le même phénomène est observé chez l'homme souffrant de lésion du lobe temporal. Devinsky et al. (2010) décrivent le cas d'un patient de 51 ans souffrant d'une hypersexualité (pédophilie et masturbation pathologique) après lobectomie temporale dans le cadre d'une épilepsie réfractaire[148].

Plusieurs études impliquent les lobes temporaux comme impliqués dans les modifications de la libido et dans l'orientation sexuelle [146].

L'anomalie sexuelle la plus fréquente au cours de l'épilepsie temporale est la baisse de la libido. Blumer (1970) rapporte le cas de 50 patients épileptiques (lobe temporal) présentant un comportement d'hypersexualité. 42 de ceux-ci ont subi une lobectomie temporale unilatérale[64].

Les résultats semblent voir montrer que les lésions temporales sont plus fréquentes chez les patients souffrant de troubles sexuels que ceux qui n'en souffrent pas, mais que des lésions cérébrales ne sont pas nécessairement retrouvés chez tous les patients présentant des troubles sexuels[63].

Mendez et ses collègues (2000) citent un lien entre anomalies du lobe temporal et pédophilie. Deux cas de pédophilie homosexuelle de survenue tardive ont été associés à une démence fronto-temporale avec sclérose hippocampale bilatérale [380]. Un de ces hommes agressa un jeune garçon de 5 ans.

Dans la même optique, l'exérèse chirurgicale unilatérale du tissu épileptogène du lobe temporal a été reconnue comme abolissant les paraphilies pré-existantes[264 ; 393], diminuant la libido et restaurant une sexualité normale (26 ; 27 ; 59 ; 63 ; 107 ; 115 ; 178]. Baird et ses collègues nous révèlent également qu'une lobectomie droite conduit plus souvent à une modification du comportement sexuel qu'une lobectomie gauche[26].

Quelques patients présentent un état d'hypersexualité après une lobectomie temporale unilatérale [64]. Les comportements retrouvés incluent une excitation sexuelle permanente et des comportements homosexuels. Des changements du comportement alimentaire associés ont également été cités.

On retrouve plus de 11 études faisant le lien entre paraphilies (ex. : fétichisme) et dysfonctionnement du lobe temporal [26 ; 27 ; 63 ; 64 ; 115 ; 132 ; 171 ; 264 ; 302 ; 380 ; 393]. Des troubles telle une réponse orgasmique à un stimulus non sexuel a également été rapportée[302].

Anson et Kuhlman rapportent en 1993 le cas d'une femme hospitalisée pour état de mal épileptique dont le comportement était décrit par une hyperphagie, une masturbation en public et des propositions indécentes avec la famille et le voisinage suite à une lobectomie temporale gauche. Les auteurs rapportent que la femme s'était mise à pratiquer une fellation à un patient cardiaque dans le couloir des urgences à son arrivée[16].

Les crises partielles temporales impliquent souvent des sensations érotiques. Warneke (1976) décrit un patient présentant une sensation orgasmique qui s'étend à travers le visage[561]. Des automatismes sexuels tel la masturbation ou l'exhibitionisme suivis d'une amnésie ont été décrits[129 ; 193 ; 258 ; 458 ; 561].

Janszky et al. (2002) suggèrent que l'aura orgasmique dans l'épilepsie provient de la région méiotemporale droite[273]. De plus, certains patients présentant des crises temporales ressentiraient parfois une excitation sexuelle post-critique[64].

Des changements de comportements comme une dépression, l'apparition d'un syndrome anxigène, des changements de personnalité ou d'humeur ont été décrits dans l'épilepsie temporale avant et après chirurgie. Ozmen et al. (2004) rapportent le cas d'une fille de 14 ans se masturbant excessivement et quelquefois l'endroit. Cette patiente était aussi très irritable et agressive. Les auteurs discutent de l'aggravation du syndrome dépressif de la patiente en émettant l'hypothèse que l'extrême pression familiale pour réprimer son comportement indécent aurait été le facteur aggravant principal[422].

Une dizaine d'études se sont concentré sur les conséquences de la chirurgie de l'épilepsie sur le comportement sexuel. On retrouve plus fréquemment une augmentation de la libido [59].

Les crises épileptiques temporales incluent des émotions d'ordre sexuel. Certaines patientes étiquetées « nymphomanes » révèlent parfois des tumeurs du lobule paracentral[59].

Les erreurs diagnostiques concernant les patients souffrant de lésions temporales sont fréquentes. L'atypie des manifestations cliniques et l'absence de reconnaissance des symptômes comme réelles modifications ou troubles du comportement en font des lésions à diagnostic tardif, parfois mal étiquetées.

1.3.1.4 Région pariétale

Bancaud et ses collègues (1970) ont décrit le cas de 10 patients présentant des crises épileptiques à manifestations sexuelles impliquant le lobule paracentral et 26 impliquant le lobe temporal. Les personnes souffrant d'épilepsie du lobule paracentral ressentent des paresthésies latéralisées au niveau des organes génitaux et parfois au niveau du thorax. Parallèlement, les crises temporales impliquent des émotions à caractère sexuel[34].

L'épilepsie pariétale a des caractéristiques propres sur le plan des phénomènes sexuels comme l'augmentation des sensations au niveau des organes génitaux externes. L'individu reconnaît alors le caractère sexuel des stimulations, mais n'en tire pas de plaisir ou d'érotisme[34].

Erickson (1945) a analysé le cas d'une patiente présentant un hémangiome du lobule paracentral droit avec des sensations de bouffées de chaleurs génitales et des sensations érotiques. Cette patiente a longtemps été prise pour une nymphomane[173].

L'orgasme et les réactions du système nerveux autonome suivant le début d'une crise temporale ou pariétale peuvent être expliqués par l'extension de la crise à l'hypothalamus. Le site neuroanatomique spécifique de l'orgasme reste inconnu [477].

Le rôle du lobule paracentral du cortex pariétal a été inclus dans les phénomènes sexuels. Les crises d'épilepsie pariétales sont caractérisées par des sensations génitales ou au niveau des autres zones érogènes ainsi que par un état d'excitation sexuelle accru. L'individu est le plus souvent conscient lors de ces épisodes et reconnaît la nature sexuelle des manifestations, mais n'en tire ni plaisir ni érotisme. Les sensations génitales sont parfois reconnues comme une irritation, une douleur et peuvent être effrayantes [541 ; 542].

Une stimulation du lobule paracentral entraîne une rétraction anale. Une stimulation de la fissure centrale induit une sensation au niveau du côté opposé du pénis ainsi que des paresthésies au niveau abdomino-pelvien du côté ipsilatéral à la stimulation [41].

Le lobe pariétal est donc en relation avec la médiation des sensations génitales. Une surstimulation des organes génitaux peut donc être l'unique manifestation d'une lésion pariétale et les comportements visant à calmer les douleurs ou la peur émanant de ces sensations, peuvent conduire à une erreur de diagnostic.

1.3.1.5 Complexe amygdalien et circuits associés

L'amygdale est une structure nerveuse du système limbique cruciale dans la réponse émotionnelle et dans le traitement de ces réponses. Cette structure est située dans la partie inféromédiane du lobe temporal et est divisé en plusieurs noyaux : noyaux basolatéraux, cortico-médians et noyau central. Les voies afférentes ont comme origine le néocortex à partir de tous les lobes cérébraux (afférences sensorielles auditives et visuelles, gustatives et olfactives), l'hippocampe, les noyaux thalamiques auditifs et visuels ainsi que le gyrus cingulaire. L'information émanant de tous ces systèmes sensoriels converge vers les noyaux basolatéraux en particulier. L'information est ensuite redirigée vers le noyau central qui traite celle-ci pour ensuite la renvoyer sur les autres structures limbiques. L'amygdale est reliée à l'hypothalamus par la voie ventrale amygdalofuge et la *stria terminalis* (voie amygdalo-hypothalamique)[96].

Les efférences de l'amygdale se projettent sur l'hypothalamus, les centres végétatifs du tronc cérébral qui engendrent les réponses somatiques, les noyaux septaux pour la gestion du plaisir, le striatum ventral pour la réponse motrice, le gyrus cingulaire et le cortex orbitofrontal pour l'expérience consciente puis sur le cortex entorhinal pour la mémorisation[450].

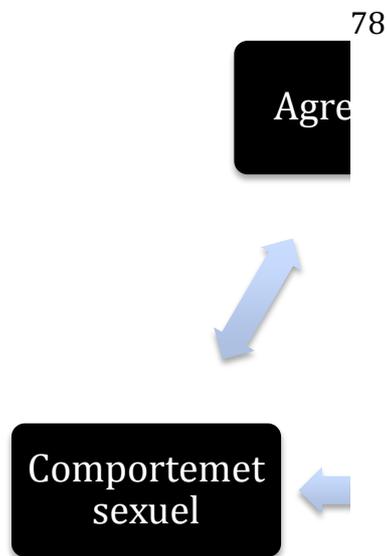


Figure 1.0 : Triade agressivité-comportement sexuel-peur

L'amygdale est la structure centrale du comportement sexuel. Il a été retrouvé des amygdales de plus gros volume chez les patients ayant présenté une augmentation de leur libido en post-opératoire pour une résection temporale dans le cadre d'une épilepsie [28].

L'amygdale serait l'élément responsable de lier la signification émotionnelle à un stimulus sensoriel. Elle analyse le degré de menace et la signification émotionnelle des informations internes et externes [96].

L'amygdale teste tous les stimuli pour ensuite transmettre des informations aux autres régions pour que celles-ci produisent des réponses émotionnelles appropriées. Toutes les modalités sensorielles convergent donc sur cette structure qui intègre les stimuli de toute nature. Elle renforce ensuite ces stimuli émotionnels. Elle est le centre d'un véritable apprentissage émotionnel[450].

Ses noyaux sont sous l'influence des hormones. Une différence entre homme et femme existe donc.

Les structures du système limbique proches de l'amygdale « déclenchent la sensation de plaisir en réduisant l'activité de l'amygdale et des régions corticales qui contrôlent l'anxiété » [96].

Une stimulation directe de l'amygdale chez l'homme peut entraîner une réponse sexuelle ainsi que des sensations de plaisir comme au cours du coït, comme l'a été démontré lors de recherche sur l'électrostimulation au cours de l'épilepsie [215].

Une amygdaléctomie est parfois pratiquée chez des patients souffrant de troubles du comportement comme chez l'agresseur compulsif ou l'hyperactif, mais certaines études ne retrouvent aucune efficacité de cette méthode [293 ; 547].

Chez les psychopathes, l'activité de l'amygdale est faible lorsqu'ils sont confrontés à des situations fortes en émotions, contrairement aux individus dits normaux[450].

Baird et ses collègues (2002) ont décrit une différence de taille de l'amygdale suite à une lobectomie temporale entre les patients présentant une hypersexualité et une hyposexualité. En effet, les patients présentant une hypersexualité post-opératoire ont une amygdale significativement plus volumineuse du côté contro-latéral de l'exérèse. Le rôle de l'amygdale dans la gestion des pulsions sexuelles est donc vraisemblable[26].

Hamann et ses collègues (2004) proposent quant à eux l'hypothèse d'une action différente de l'amygdale selon son degré d'activité. L'érection et l'orgasme correspondraient à une activité diminuée de l'amygdale et le comportement de quête sexuelle correspondrait à l'inverse à une activation majorée de l'amygdale[239]. Cette hypothèse n'est toutefois pas encore appuyée par d'autres études.

1.3.1.6 Centres médullaires

Trois centres médullaires interviennent dans le contrôle sexuel. Ceux-ci sont en connexion avec les voies périphériques.

Le centre thoraco-lombaire T11- L2 est essentiellement moteur et appartient au système sympathique. Il intervient dans la synchronisation et dans le déclenchement de l'éjaculation. Une sympathectomie lombaire peut donc engendrer une éjaculation rétrograde[339].

Le centre lombaire L3 coordonne la motricité coïtale automatique.

Le centre sacré S2-S4 envoie des racines qui font synapse avec le système parasympathique sacré et avec le système somatique strié. Ce centre intervient dans les réactions vasculaires des organes génitaux (tumescence et lubrification vaginale)[339].

Ces centres possèdent une autonomie et peuvent entrer en action sans nécessité pour une stimulation provenant des centres supérieurs, ce qui explique l'éjaculation nocturne sans orgasme*[339].

1.4 NEUROBIOLOGIE DU DESIR ET DU PLAISIR ET SATISFACTION

1.4.1 Désir vs Plaisir

Le plaisir* rentre dans la catégorie des émotions, mais n'est pas seulement un état passif d'origine organique mais également un acte. Le plaisir est directement associé au désir* et guide les comportements humains. Il constitue l'opposé de la souffrance et forme avec lui les deux pôles de la vie affective. L'appétit prend la forme de désir et la consommation la forme de plaisir. Le plaisir nécessite un investissement personnel actif puisqu'un temps important y est consacré au cours d'une vie.

Le désir est difficile à préciser. On le décrit comme une envie d'avoir quelque chose qui nous procurera du plaisir ou satisfaction. L'envie a une valeur de survie, mais peut se transformer en dépendance et devenir auto-destructeur.

Le plaisir est lié à la jouissance tandis que l'envie est liée à un besoin réel. Le plaisir et l'envie emprunteraient des circuits différents mais la dopamine reste le principal neurotransmetteur dans les deux cas[339].

La sexualité démarre par une attraction qui s'achève en un orgasme (plaisir), finalité de l'acte érotique. L'orgasme est un réflexe qui fait intervenir des zones sensibles réflexogènes, des voies ascendantes, des centres nerveux, des voies de retour et des structures cibles motrices. Il existe un véritable circuit orgasmique formant une unicité fonctionnelle[315].

On caractérise le désir à trois niveaux : biologique, motivationnel et cognitif[339].

Sur le plan biologique, le désir démarre dans le rhinencéphale et la zone limbique du cerveau. La dopamine est le neurotransmetteur principal du désir et les endorphines le modulent. Les oestrogènes ont un rôle déterminant dans les dimensions périphériques et centrales de l'intérêt sexuel. Les androgènes sont des « initiateurs centraux » et ont besoin de la présence d'oestrogènes pour fonctionner. Le taux de testostérone est lié à la fréquence des fantasmes, de la masturbation et/ou des rapports. La prolactine peut inhiber la cascade d'événements de la réponse sexuelle en cas de taux sanguins trop élevés, de même que les hormones thyroïdiennes[450].

Une exposition chronique à une substance détruit des circuits de récompense. Une augmentation de la quantité de produit est donc nécessaire pour produire le même effet. Il en est de même sur le plan des comportements.

Il survient une perte de flexibilité et une incapacité de libre-arbitre. Cette inflexibilité du comportement et l'impossibilité de répondre aux récompenses habituelles qui modulent le comportement sont la conséquence d'une toxicité motivationnelle [72].

Sur le plan motivationnel, les besoins émotionnels et affectifs modulent les pulsions. L'aspect détente, anxiolytique et les autres aspects décrits plus loin auront un rôle à jouer dans le désir sexuel. On distingue 2 types de motivations : appétitive et aversive. Le comportement d'un individu est soit modulé par une motivation dirigée vers un but et est associé à une sensation de plaisir, soit il tend à l'éloigner d'une condition désagréable [72].

Sur le plan cognitif, les souhaits et les risques en jeu dans le comportement sexuel vont interagir avec le désir biologique et motivationnel.

Deux forces régissent donc principalement la motivation : le plaisir et la souffrance. Le plaisir est associé à la *beneception** et la souffrance à la *nociception**. Ce sont les 2 versants qui ont été nécessaires à la survie d'une espèce. Toutefois, ces 2 opposés sont interreliés puisqu'un trop-plein de plaisir peut entraîner une souffrance[174].

La fréquence des relations sexuelles est le reflet de la quantité de désir présente chez un individu [339]. Il s'agit d'une évaluation subjective que la personne fait de l'acte sexuel quand elle a pris fin.

Selon Kaplan, le désir est l'élément crucial de la réponse sexuelle. On le définit comme une attirance, un besoin sexuel d'intensité variable selon les individus et dans le temps. Cet appétit précède l'excitation et conditionne les autres phases. Une perturbation à ce niveau peut donc altérer le déroulement de la réponse sexuelle adaptée. Les significations individuelles du désir dépendent de la pensée et des apprentissages personnels de l'individu. Un problème sexuel peut donc provenir d'un manque d'information ou d'un défaut d'apprentissage, d'une anxiété, d'un problème relationnel ou d'un trouble de la personnalité [339]. Une faible estime de soi, un stress, la fatigue, la douleur, la peur, la dépression, certains médicaments, un problème hormonal ou une interprétation culturelle et religieuse répressive de la sexualité peuvent engendrer des troubles au niveau de la stade initiale de la réponse sexuelle, c'est-à-dire au niveau du désir.

Pour qu'il y ait action, il faut une motivation. La motivation sous-tend la force poussant à agir, dans l'anticipation d'une réussite à venir (plaisir/gain). C'est « l'action des forces, conscientes ou inconscientes, qui détermine le comportement et qui engendre une action » [492].

Toute action sous-entend un contrôle exécutif par les régions frontales et se compose de 3 dimensions :

- L'émotion : valence de l'action impliquant la région orbitale.
- La motivation : valence de l'action impliquant la région médiane.
- La dimension cognitive : choix de l'action impliquant la région dorsale du lobe frontal[450].

Les systèmes anatomo-chimiques de la récompense et du plaisir (aire ventrale du tegmentum) et les neurotransmetteurs (dopamine, ocytocine, sérotonine, substances opioïdes, NO) entrent alors en jeu. Ces circuits sont à leur tour modulés par les hormones [339].

La motivation est à son tour entretenue par la mémoire (du plaisir et du sensoriel) et sous-tend la notion d'anticipation. Ce phénomène a été démontré par l'effet placebo. Le désir sexuel met en jeu les composantes mnésiques (expérience hédonique enregistrée en mémoire), les composantes anticipatoires (fantasmes), attentionnelles (conscience de son propre bien-être et du plaisir ressenti). Ces mécanismes se mettent en route par l'environnement dans lequel l'individu se trouve et la stimulation sensorielle (musique, odeurs, éclairages, massages,...)[450].

Il ne peut y avoir d'excitation sexuelle sans perception du caractère érotique d'un stimulus. L'excitation est la phase qui suit le désir et elle se divise en trois niveaux: centrale, périphérique non génitale et génitale. Par ailleurs, la présence de pensées et de sensations est cruciale à l'excitation sexuelle. Pour certains auteurs, le cerveau est la zone érogène principale[339].

L'excitation mentale peut être provoquée par différentes voies : biologique ou psychologique. Les besoins d'intimité, d'amour, de tendresse, d'attention, de fusion voire d'engagement sont les forces motivationnelles de l'excitation psychologique, alors que les androgènes sont les clefs de l'excitation biologique. Le contrôle de l'excitation est sous le contrôle de l'hypothalamus[339].

L'excitation périphérique implique les différentes sécrétions glandulaires, la vasodilatation cutanée et la transpiration.

L'excitation génitale met en jeu les structures vasculaires sous le contrôle du système parasympathique, de l'oxyde nitrique (NO) et du VIP (*vasointestinal peptide*). Les sensations érotiques sont permises grâce à la vasocongestion, c'est-à-dire grâce à l'engorgement de sang dans les structures spongieuses[339].

L'orgasme constitue, après le désir puis l'excitation, la troisième phase de Kaplan. Il est caractérisé par des contractions musculaires réflexes et un brusque relâchement des tensions neuromusculaires. Les aspects psychologiques des processus orgasmiques restent malheureusement mal définis et semblent jouer un rôle important. La qualité d'une relation de couple influencerait ainsi la fréquence de l'orgasme et la satisfaction sexuelle [352].

Lors du fantasme, la genèse de l'empathie voit le jour. Le cerveau nous permet de nous mettre « dans la peau de l'autre » et d'atteindre ainsi une « fusion orgasmique »[339].

1.4.2 Systématisation du réflexe orgasmique.

L'orgasme est un réflexe. Il met en jeu différents circuits qui forment entre eux une véritable unité fonctionnelle. « L'orgasme allume une véritable fulguration sensitive qui n'est pas loin d'être totale » [339]. L'orgasme est une somme réflexe globale d'une série de réflexes qui sont graduellement superposés. On décrit une perte du contrôle cortical apparentée au déclenchement des autres réflexes comme la toux ou l'éternuement.

Le rythme cardiaque s'accélère, la respiration et la pression artérielle augmentent. Les taux circulants de prolactine, vasopressine, ocytocine, adrénaline et VIP augmentent. La prolactinémie serait particulièrement augmentée avec un plateau jusqu'à une heure après l'orgasme[339].

On distingue des zones sensibles réflexogènes, des voies ascendantes, des centres nerveux, des voies de retour et des structures cibles motrices. Une anomalie au niveau d'une de ces structures peut aboutir à des dysfonctionnements sexuels[339]. La satisfaction recherchée est alors inhibée ou subjectivement trop intense et résulte en des troubles du comportement à expression sexuelle comme nous le verrons plus loin.

1.4.2.1 Zones sensibles réflexogènes

Les zones érogènes comprennent des surfaces cutanées et des muqueuses réflexogènes. On distingue des zones dites primaires et des zones dites secondaires.

La stimulation des zones érogènes secondaires permet un état de réceptivité optimale des zones primaires mais peut à elle seule induire le réflexe orgasmique[315].

On distingue trois localisations érogènes secondaires :

-les zones extragénitales : lèvres, nuque, faces latérales du cou, face interne des bras, face antérieure du poignet, ventre, face interne des cuisses...

-les zones péri- et paragénitales : bas-ventre, région inguinale, région obturatrice et périnée. Les seins sont spécifiques à la femme et ont un pouvoir érogène important.

-les zones génitales.

Les zones érogènes primaires sont localisées dans la région génitale. Il s'agit du gland et de la verge chez l'homme, le gland du clitoris et le canal vaginal chez la femme. On parle de fonction érotique bifocale chez la femme puisque chacune de ces zones possède une autonomie orgasmique même si leur fonctionnement est habituellement synergique. Les zones primaires ont besoin d'une mise en condition qui se traduit sous la forme d'une intumescence afin de transmettre leurs messages érogènes. Les zones érogènes secondaires effectuent cette mise en condition[315].

1.4.2.2 Voies ascendantes

Les informations provenant des zones érogènes circulent par des voies ascendantes conscientes et inconscientes, cérébro-spinales et neurovégétatives.

Ces afférences sensibles empruntent les voies du nerf dorsal de la verge chez l'homme et les voies du nerf dorsal du clitoris chez la femme. Ces nerfs sont purement sensitifs et sont des branches terminales du nerf pudendal, nerf mixte issu du plexus honteux qui provient des racines sacrées S2-S3-S4.

Les informations arrivent au plexus hypogastrique par la voie neurovégétative puis atteignent les ganglions sympathiques de la chaîne pelvienne et les formations sympathiques de la moelle par les rameaux communicants pour arriver au thalamus, tout en s'enrichissant au passage des informations provenant des zones érogènes secondaires[315].

1.4.2.3 Aires réceptrices

La transmission des informations provenant des zones érogènes se fait donc aux noyaux ventraux du thalamus pour être ensuite projetée au niveau du cortex primaire. Les informations transitent également par des voies aspécifiques d'organisation complexe. Les afférences se divisent en deux branches collatérales dont l'une fait synapse avec le premier neurone central du système aspécifique. Ces voies aspécifiques sont constituées de chaînes de neurones qui remontent jusqu'aux noyaux intralaminaires du thalamus. Les convergences sont additives, c'est-à-dire qu'il y en a de plus en plus à chaque étage. Il existe des boucles à chaque niveau entre les voies ascendantes et les voies de retour[96].

Les fibres neurovégétatives passent par la substance réticulée du bulbe, agissant comme régulateur de la vigilance. Ceci explique l'activité anti-érotique du stress qui court-circuite les sensations de plaisir sexuel au niveau de la base du tronc cérébral[96].

Le thalamus reçoit donc l'ensemble des informations sensibles. L'hypothalamus est responsable des impressions liant l'activité instinctive à l'affectivité. Les afférences

provenant des noyaux dorso-médian et antérieurs du thalamus arrivent à l'hypothalamus qui coordonne les réponses de type végétatif[339].

Le système limbique participe à l'élaboration des comportements émotionnels et facilite le bon fonctionnement de l'excitation sexuelle[96].

Le centre de l'orgasme se situe dans le gyrus cingulaire où se projettent les afférences qui proviennent des noyaux antérieurs du thalamus. Le cortex cingulaire est la partie la plus proche du système limbique. Ressentir un désir profond augmente l'activité du cortex cingulaire antérieur. Les cellules fusiformes de cette région jouent un rôle prépondérant dans « la perception des sentiments des autres et la manière de réagir à leurs émotions » [96].

1.4.2.4 Voies efférentes

Les voies médullaires descendantes empruntent les voies de la motricité extra-pyramidale et peut-être pyramidale pour atteindre les cornes latérales de la moelle dorso-lombaire, mais sont mal connues.

Les racines sacrées antérieures S2-S3-S4 s'organisent dans le plexus honteux. De là partent des influx parasympathiques via les nerfs érecteurs d'*Eckardt* qui se dirigent ensuite vers les ganglions hypogastriques inférieurs où s'établissent des connexions entre système sympathique et parasympathique. Les fibres parasympathiques se terminent dans les nerfs caverneux et permettent la rigidité. De ce plexus partent également des influx somatiques via les nerfs honteux internes. Ceux-ci assurent l'innervation du plancher périnéal dont les muscles bulbo et ischio-caverneux. Ces nerfs participent de manière volontaire et réflexe à l'augmentation de la pression intracaverneuse pour assurer une hyperrigidité.

Les racines antérieures T11-T12-L1 donnent des branches somatiques et végétatives et appartiennent au système sympathique. Les fibres préganglionnaires se dirigent vers le plexus hypogastrique supérieur, relié au plexus hypogastrique inférieur par les nerfs hypogastriques. A ce niveau se font les connexions entre sympathique et parasympathique.

Le tonus adrénergique alpha-1 maintient la vasconstriction aréolaire, la flaccidité et la détumescence.

Les nerfs caverneux ont donc des fibres des deux systèmes, sympathique et parasympathique[339].

1.4.3 Circuits de la récompense

L'euphorie, qu'elle soit induite par la drogue, le sexe ou n'importe quelle autre source de plaisir est liée à une activation du système de récompense. Cette zone correspond à l'aire ventrale du tegmentum (mésencéphale) et au système limbique. La dopamine est au premier plan dans la genèse et l'entretien du plaisir. La dopamine présente dans le *nucleus acumbens septi* réagit à tous les événements aversifs ou appétitifs et génère l'excitation ainsi que les schémas moteurs qui s'y attachent. Le relargage de la dopamine conditionne les réactions neuro-endocriniennes et végétatives liées à la copulation, mais n'intervient pas dans la motivation sexuelle.

La dopamine favorise le relargage de l'ocytocine et de la vasopressine. Des interactions existent également dans l'aire ventrale du *tegmentum* entre catécholamines et opioïdes endogènes. Les études sur le rat ont démontré que la libération de dopamine dans le cerveau antérieur renforce le comportement qui la provoque. Ainsi, il existerait un mécanisme par lequel les processus de récompense naturels comme le sexe renforcent des comportements particuliers. L'homme serait donc également soumis à un apprentissage associatif entre un stimulus sensoriel et la récompense prédite (plaisir)[339].

Chez l'homme, la testostérone semble favoriser l'excitation sexuelle et l'initiation comportementale, mais également le « coup de foudre »[315].

L'ocytocine a comme effet d'induire le contact social et les liens sociaux, de diminuer l'agressivité, d'augmenter la sensation de bien-être et de diminuer le stress et l'anxiété. Celle-ci augmenterait également les performances mnésiques[96].

La vasopressine augmenterait les comportements sociaux positifs et l'attirance sexuelle, diminuerait l'anxiété et l'attention[315].

En cas de sur-stimulation de ce système de récompense, le système adapte son activité et fonctionne alors de façon anormalement basse. Il s'agit du phénomène de tolérance. Le syndrome de sevrage est lié à la libération de dopamine trop faible dans le *noyau accumbens*, d'où le manque ressenti[315].

Quoiqu'il en soit, une dose de satisfaction sexuelle directe semble indispensable, mais se trouve à être d'intensité variable selon les individus.

1.4.3.1 Rôle de la dopamine

Toute consommation d'aliments, de produits ou toute activité agréable qui donne une sensation de plaisir est associée à une libération de dopamine au niveau du cerveau antérieur. Nos comportements sont donc liés à la quête de relargage de dopamine[315].

Les études sur le rat menées par Kent Berridge au Michigan ont permis à distinguer désir et plaisir. En effet, il a démontré que malgré une destruction des axones dopaminergiques passant par l'hypothalamus latéral, les réponses hédoniques associées à la prise de nourriture n'étaient pas altérées. Le rat ne désire plus la nourriture, mais en obtient malgré tout satisfaction lors de sa prise. Il a également démontré qu'une stimulation des axones des neurones dopaminergiques passant par l'hypothalamus latéral augmente le désir pour la nourriture mais les effets hédoniques restent inchangés[54].

Des études chez la femelle *Drosophila melanogaster* montrent également qu'une déplétion en dopamine induit une diminution de la réceptivité sexuelle, mais les mâles restent attirés par les femelles [207].

Les neurones de l'aire tegmentale ventrale communiquent avec le noyau *accumbens* en relargant la dopamine. Les voies reliant ces 2 structures semblent être une composante majeure de la physiologie de la récompense. Une lésion de ces voies de

communication entraîne chez l'animal une perte d'intérêt à la consommation de drogues [174].

Le système dopaminergique est donc impliqué dans tous les types d'addiction. Quelque soit la drogue, nicotine, cocaïne, héroïne, malgré une différence des effets psychotropes, l'action sur les circuits de la motivation et des comportements est la même. Un taux bas de dopamine peut être associé avec un abus de substance. Un abus prolongé de cocaïne ou de morphine par exemple, peut entraîner une déplétion de la dopamine du système mésolimbique et des circuits de la récompense. Par ailleurs, une déplétion en dopamine peut être liée à certaines formes de dépressions[315].

Son action positive sur l'initiation du mouvement et dans le système de récompense a été démontrée par l'augmentation de la libido chez les sujets parkinsoniens sous L-Dopa[315].

Le comportement de recherche répété de récompense (« *Repetitive and reward-seeking behaviors* ») a été décrit chez les Parkinsoniens sous traitement dopaminergique. Plusieurs études ont fait le lien entre stimulation dopaminergique inadaptée et l'apparition de comportements pathologiques comme le jeu pathologique [394 ; 556], l'hypersexualité [299], la boulimie et les achats compulsifs [213 ; 433] ont été décrit dans la littérature.

Voon et al. (2006) retrouvent une prévalence de 1,7% de joueurs pathologiques chez les patients traités par un agoniste dopaminergique. Ils retrouvent 2,4% de comportement d'hypersexualité chez leurs 297 patients analysés pour 0,7% d'acheteurs compulsifs. Tous ces comportements ont débuté après l'initiation du traitement dopaminergique[556].

Lors de la stimulation des noyaux sub-thalamique, il a été noté quelques cas (2/70) d'hypersexualité dans les suites. Cette intervention a comme objectif d'augmenter le taux de dopamine dans le striatum ventral [311].

Le syndrome de dysrégulation dopaminergique est un syndrome retrouvé chez 4% des patients atteints de la maladie de Parkinson. Il se définit par une intoxication compulsive et anarchique, une hypersexualité et par une addiction au jeu et à la consommation démesurée. Ces symptômes maniaques sont associés à une stimulation des voies dopaminergiques mésolimbiques [470].

1.4.3.2 Rôle de la sérotonine

L'humeur est étroitement liée aux mécanismes de la récompense et aux comportements d'assouvissement du plaisir. Une privation de plaisir met l'individu de mauvaise humeur. La régulation de l'humeur utilise la sérotonine comme neurotransmetteur. L'effet est démontré dans le traitement des dépressions notamment où il existe une baisse d'activité des systèmes sérotoninergiques. La relation entre humeur, comportement alimentaire et comportement sexuel a été mise en évidence. De nombreuses autres études ont également associé la sérotonine à l'agressivité. Les noyaux contenant de la sérotonine siègent dans les noyaux du raphé du tronc cérébral. Leurs axones cheminent via le faisceau médian du télencéphale et interviennent avec l'hypothalamus et différentes structures limbiques dans la modulation des émotions. Les médicaments qui bloquent la synthèse ou la libération de sérotonine renforcent l'agressivité et pourraient être mis en cause dans les violences sexuelles d'origine médicamenteuse[315].

L'implication de la sérotonine dans les comportements inhibiteurs a été mise en évidence dans les années '60 [315]. Une baisse de la concentration de 5HT chez des patients suicidés a mené à des études sur le rôle de cette hormone et l'agressivité. Des chercheurs ont alors mis en évidence une baisse du taux d'acide-5-hydroxyindolacétique ou 5HIAA (métabolite de la sérotonine) dans le liquide céphalo-rachidien de meurtriers, d'agresseurs compulsifs et de pyromanes [146].

Des études sur les primates montrent que les variations de sérotonine affectent les comportements sexuels et peuvent provoquer une désinhibition sexuelle ou une hypersexualité [185 ; 500 ; 520]. Inversement, l'augmentation du taux de sérotonine entraîne une inhibition sexuelle.

Des études chez l'homme suggèrent également le rapport entre les perturbations au niveau de la neurotransmission centrale de sérotonine et l'hypersexualité pathologique [280]. D'autres ont démontré l'interaction entre les récepteurs monoaminergiques (sérotonine, dopamine, noradrénaline) et les récepteurs hormonaux, dont la testostérone principalement [176 ; 434]. Le lien entre certains troubles psychiatriques, le taux de testostérone, les neurotransmetteurs monoaminergiques et les troubles sexuels est donc biologiquement plausible[280].

La sérotonine a par ailleurs une influence inhibitrice sur l'érection. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont une action négative sur l'éjaculation et des études sont en cours pour trouver une solution aux problèmes de l'éjaculation prématurée[315].

1.4.3.3 Rôle de l'ocytocine et de la vasopressine

L'ocytocine est une hormone de production hypothalamique. Elle est libérée par la stimulation des organes sexuels lors de l'orgasme et de l'accouchement. Une sensation de bien-être découle de sa libération, ce qui favorise l'attachement à l'autre. Liée à la vasopressine, elle contribue à la construction de souvenirs communs[339].

L'angoisse ressentie lorsque l'individu est éloigné de la personne qu'il aime découle de la dépendance à l'ocytocine.

Lorsque deux individus s'embrassent ou se câline, la libération de l'ocytocine dans la circulation sanguine entraîne une intensification du sentiment d'intimité et sert à renforcer les liens entre les partenaires. Les taux plasmatiques de cette hormone augmenteraient chez la femme après l'orgasme [28].

Le rôle de l'ocytocine qui agit en stimulant les muscles lisses et celui de la vasopressine contrôlant l'équilibre hydrominéral de l'organisme ont été cités. Leur sécrétion au niveau du système nerveux central et leur action au niveau des différentes régions cérébrales impliquées dans les comportements reproducteurs révèlent tout l'intérêt des scientifiques quant à leur rôle dans le comportement sexuel de l'être

humain. Les taux sanguins de ces deux neuropeptides s'élèvent lors de la copulation. Il a même été décrit qu'antagoniser les récepteurs de la vasopressine chez un mâle campagnol empêche le développement d'une relation de fidélité avec sa partenaire[315]. Ceci n'arrive pas en cas d'administration d'un antagoniste de l'ocytocine. L'effet contraire a également été observé, c'est-à-dire qu'injecter de la vasopressine dans le pallidum ventral du campagnol mâle favorise la monogamie. L'ocytocine faciliterait l'affirmation de la sexualité chez le mâle, alors qu'elle favoriserait le comportement maternel chez la femme[339].

De cette observation découle l'hypothèse de la variabilité des récepteurs à vasopressine dans le cerveau lié aux différences de comportements sociaux humains.

1.5 MEMOIRE ET COMPORTEMENT SEXUEL

La mémoire se divise en différentes catégories : antérograde et rétrograde, long, moyen et court terme, épisodique, sémantique, de travail et procédurale.

Elle comprend des données sensorielles (vue, toucher, odorat, ouï), des sentiments, des mots et bien plus encore. Le phénomène implique donc plusieurs aires cérébrales. L'intrication complexe des différentes zones du cerveau résulte en des expressions cliniques infinies.

La mémoire fait référence à un certain nombre de fonctions cérébrales, dont la caractéristique commune est de « recréer des expériences passées en synchronisant la décharge des neurones impliqués dans l'expérience d'origine » [96].

La mémoire implique la reconstruction totale ou partielle d'une expérience passée.

Un événement est associé aux informations en provenance de tous les sens. Ces informations sont coordonnées par l'hippocampe. La réexpérimentation d'une vision, d'une odeur ou d'un son peut déclencher le souvenir d'un événement. L'odorat semble être le sens le plus fortement rattaché à la mémoire, probablement du fait de liens entre les régions olfactives et toutes les aires émotionnelles du système limbique.

Les voies olfactives sont le centre émotionnel originel et se seraient développés avant les cortex visuel et auditif[96].

Les corps mamillaires sont reliés à l'hippocampe par le fornix et sont à la jonction de la mémoire et des émotions[96].

Le thalamus gère l'attention. Le lobe pariétal gère la mémoire spatiale. Le noyau caudé est associé à la mémoire des compétences instinctives (ex. : se laver). Les corps mamillaires interviennent dans la mémoire épisodique. Le lobe frontal est le siège de la mémoire de travail. Le cervelet est associé aux réflexes conditionnés, liés au temps et gère la synchronisation et la coordination. L'hippocampe convertie les expériences en souvenirs. L'amygdale gère la mémoire émotionnelle. Le lobe temporal donne refuge aux connaissances générales et le *putamen* aux connaissances pratiques (ex. : faire du vélo)[315].

Les souvenirs sont stockés de manière fragmentée dans différentes régions du cerveau. L'amygdale maintient les expériences émotionnelles « vivantes » en les repassant en boucle [96].

Le rapport de la mémoire avec le comportement sexuel peut être examiné du fait des phéromones, qui sont des composés utilisés comme signaux de communication et détectés par un système olfactif secondaire dans le cerveau. A l'aide de ce système, les êtres humains se reconnaissent entre eux. Le bulbe olfactif dirige les messages odorants directement dans les régions limbiques, alors que les autres sens doivent passer par le thalamus auparavant. Une réponse émotionnelle intense et instantanée est ainsi produite par les odeurs[315].

Il a été reconnu que les femmes sont plus enclines à s'asseoir sur un siège où un homme venait de s'asseoir. Les femmes sont capables de détecter une molécule d'androsténone, molécule faisant partie de la composition de la sueur, sur un trillion, surtout lors de l'ovulation. Elles sont plus sensibles aux phéromones que les hommes[96].

L'apprentissage et la mémoire jouent un rôle important dans la formation des désirs et des préférences. Se forme ainsi le phénomène d'anticipation au cours duquel l'individu s'attend à une récompense. Dans la phase d'anticipation, le flux sanguin cérébral augmente au niveau de l'amygdale et du système orbitofrontal. L'activité dans le noyau *accumbens* et au niveau de l'hypothalamus augmente alors, médiée par la dopamine et ses récepteurs[315].

L'ictus amnésique post-coïtale a été décrit chez des patients âgés. Ces épisodes peuvent ressembler à des accidents vasculaires cérébraux. La physiopathologie de ce phénomène reste obscure, mais l'implication de la mémoire dans les phénomènes sexuels est renforcée. 5 personnes sur 100 000 seraient touchées et 23% des cas ont plus de 50 ans[210].

1.6PHYSIOLOGIE DU RAPPORT SEXUEL

Les relations sexuelles ont une valeur de survie car elles mènent à la reproduction et l'activité sexuelle stimule le circuit de la récompense.

Chez l'être humain, un rapport sexuel a lieu à chaque fois qu'il en a envie, contrairement à la plupart des autres espèces qui ne copulent que lorsque la femelle est prête à être fécondée.

L'objectif d'un rapport sexuel est la survenue de l'orgasme. L'orgasme masculin est biologiquement nécessaire à la fécondation puisqu'il est contemporain de l'émission de sperme. En contre-partie, l'excitation sexuelle féminine n'est pas nécessaire même si facilitatrice puisqu'elle induit certaines modifications biologiques telles la lubrification vaginale et la mise en jeu de la contraction réflexe des muscles péri-vaginaux qui permettent une stimulation du gland du pénis[315].

Au niveau de la verge, on retrouve une innervation cholinergique, adrénergique et peptidergique. L'acétylcholine intervient de manière indirecte par diminution du tonus adrénergique et par facilitation de l'action de la neurotransmission non cholinergique et non adrénergique. Le VIP (*vasoactive intestinal polypeptides*), la PGE1 (*prostaglandin E1*) et l'EDRF (*Endothelium derived relaxing factor*) sont les neurotransmetteurs mis en jeu[339].

La phénéthylamine et la dopamine interviennent dans l'euphorie initiale d'une relation sexuelle et agissent au niveau des connexions entre le système limbique et les zones corticales.

Kinsey a mis en place une échelle pour classer les individus selon leur sexualité. On distingue 4 aspects de la sexualité : auto-identification, attraction, imagination et comportement. Le spectre du comportement sexuel humain d'orientation sexuel est donc large[339].

« Durant le coït, point de rencontre et de croisement des identifications et des supports corporels de la métaphore phallique, peut-être y a-t-il pour l'homme comme pour la femme l'illusion fugace d'un accès à la complétude phallique ? » [49].

1.6.1 Orientation sexuelle

Sur le plan biologique, il a été montré en 1991 que le noyau INAH-3 (*interstitial nucleus of the anterior hypothalamus*) est deux fois plus petit en taille chez les hommes homosexuels que les hommes hétérosexuels. Cette taille correspond à la taille du noyau INAH-3 chez la femme hétérosexuelle. Cette corrélation aurait été réfutée par d'autres études. Par ailleurs, d'autres ont montré que la commissure antérieure et les noyaux suprachiasmatiques des hommes homosexuels sont de taille supérieure à ceux des hétérosuels mâles, mettant ainsi en avant le concept de neuroplasticité selon lequel l'expérience pourrait moduler la formation du cerveau[315].

L'aspect génétique de l'orientation sexuelle est mis en avant par de nombreuses études sur la fréquence de l'homosexualité chez des frères, dans une même fratrie et chez des jumeaux.

De nombreuses études montrent que la fréquence de l'homosexualité chez les frères d'un homosexuel tourne entre 9 et 22%. On retrouve des chiffres entre 6% et 25% concernant le taux d'homosexualité parmi les sœurs d'une lesbienne. On retrouve 10% d'homosexuels parmi les frères d'une lesbienne. Les études suggèrent qu'il est plus probable pour les femmes homosexuelles d'avoir des sœurs homosexuelles que pour des frères homosexuels. Les facteurs influençant l'orientation homosexuelle pourraient donc être différents selon le sexe[339].

3 études ont examiné les taux de concordance pour l'orientation sexuelle chez des jumeaux monozygotes et dizygotes et leurs enfants biologiques et adoptifs. Ces études révèlent la présence d'une influence génétique significative sur l'orientation sexuelle [339].

L'héritabilité de l'homosexualité et de la bisexualité masculine est estimée entre 0,31 et 0,74. Par ailleurs, on estime l'héritabilité de l'orientation sexuelle masculine entre 0,28 et 0,65[450].

Une étude réalisée par Bailey et al. (1981) révèle que 48% des cojumeaux des monozygotes des jumelles homosexuelles étaient également homosexuels alors que la chance tombe à 16% pour les jumelles dizygotes. Par ailleurs, cette étude rapporte que 6% des sœurs adoptives de jumelles homosexuelles étaient homosexuelles[25].

Les taux de concordance les plus élevés trouvés pour les jumeaux monozygotes sont de l'ordre de 50%. Les facteurs environnementaux seraient donc au moins d'égale importance que les facteurs génétiques dans la détermination de l'orientation sexuelle individuelle.

Certains chercheurs ont examiné le rôle d'une exposition à des hormones particulières et à des produits chimiques avant la naissance quant à l'orientation sexuelle plus tard dans la vie. Pour renforcer cette théorie, il a été signalé une asymétrie dans le nombre de crêtes des empreintes digitales à gauche chez les hommes homosexuels. En effet, le développement de ces crêtes se fait avant la naissance et dépend de l'influence des androgènes libérés par la mère au fœtus. La longueur des doigts dépendrait également du taux d'androgènes libéré par la mère. Les femmes ont un rapport de la longueur du 2^{ème} au 4^{ème} doigt plus grand que les hommes. Les homosexuelles auraient un rapport sensiblement plus petit que les hétérosexuelles. Cette différence n'a pas été significative chez les homosexuels[339].

On décrit également un rapport entre le niveau de stress durant le 2^{ème} trimestre de grossesse et la probabilité d'avoir un enfant masculin homosexuel[339].

Les statistiques révèlent par ailleurs un plus grand nombre de gauchers parmi les homosexuels ainsi qu'une plus mauvaise exécution visiospatiale.

Les études laissent donc présager la découverte d'un « gène gay » comme étant une série de gènes affectant la sensibilité de certains tissus à la testostérone. Ces recherches portent sur la région Xq28[339].

D'autres études mettent en évidence un changement de l'orientation sexuelle suite à des lésions cérébrales. Miller et al. (1986) cite 8 patients dont 4 ayant changé d'orientation sexuelle et 4 présentant des signes d'hypersexualité suite à des lésions touchant le système limbique. Ils citent également que chez certains patients, l'unique présence d'un changement de comportement sexuel peut être le signe clinique dominant d'une lésion cérébrale[389].

2VERSANT PSYCHIATRIQUE

2.1Théories du développement sexuel

Le développement du psychisme humain et les facettes cachées et occultes du subconscient font de l'étude des troubles sexuels et de ce qui s'y rattache un travail très difficile. La complexité biologique de l'individu associée aux variations socio-culturelles (morale, religion, éthique sexuelle) fait de ce champ d'étude une entité non totalement scientifique. Tout ce qui se rapporte au développement chronologique de la sexualité, à l'orientation sexuelle et à l'identité sexuelle est encore débattu de nos jours.

2.1.1Identité sexuelle

L'identité sexuelle se définit comme un ensemble de comportements, d'attitudes, de symbolisations et de significations qui s'élaborent au cours du développement psycho-sexuel. Il s'agit d'un long processus d'imitation, d'éducation et d'apprentissage et se construit à partir de représentations que l'enfant assimile sur la façon dont il doit penser et se comporter comme être sexué.

L'identité sexuelle se construit tout au long d'une vie et nous positionne par rapport à l'autre. Il y a une constante interaction entre le versant biologique et le contexte socio-culturel et ce dès le tout début de l'évolution d'un être vivant. L'ethnologie nous a démontré l'universalité de cette répartition des rôles selon le sexe quelle que soit la société qu'on étudie, même si des différences inter-culturelles existent.

Le psychisme de l'être humain comporte à la fois une part masculine et une part féminine, même si la prédominance de caractères masculins ou féminins varie selon l'individu.

De nos jours, la théorie acceptée est le concept d'identité de genre (sexe social), distinct du « sexe » relatif à la sexualité. Un individu peut donc être de sexe masculin mais de genre féminin par exemple. Cette identité sexuelle découlerait de l'ensemble

des conduites de l'entourage de l'enfant, mais fait intervenir un ensemble de facteurs biologiques, cognitifs et environnementaux.

Une division dichotomique de l'identité sexuelle ne semble pas adaptée à la réalité, à l'amalgame d'attitudes de sensations et de préférences sexuelles des individus, même si dès la naissance la société étiquète l'enfant et lui impose les stéréotypes sexuels du sexe correspondant.

Pour le garçon, se masculiniser c'est s'éloigner de la mère et de la féminité et ceci entraîne l'anxiété d'abandon, qui, comme nous l'expliquerons plus tard, sera à l'origine de troubles sexuels d'importance variable selon les différences individuelles.

Plusieurs modèles de la psychologie de l'identité sexuelle existent : psychanalytique, cognitiviste et de l'apprentissage social[339].

2.1.2 Modèles psychanalytiques

Le pionnier de ce modèle est bien sûr Sigmund Freud, psychiatre allemand pour qui l'analyse des névrotiques et de leur passé ainsi que l'étude des dires, faits et gestes des enfants l'a mené à la formulation des théories sexuelles infantiles.

La psychanalyse* est un procédé d'investigation des processus animiques inconscients non accessibles autrement, une méthode de traitement des troubles névrotiques et une série de vues psychologiques qui se croisent pour former une discipline scientifique nouvelle[50].

Le dispositif du cadre ainsi que les mouvements de transferts et de contre-transferts font parties de cette pratique. Le psychanalyste s'efforce de reconnaître les modalités de résistances du patient qui se traduisent par l'émergence de différents modes de transferts et de contre-transferts et les résistances, dirigées contre cette émergence, qui servent à l'étouffer[50].

2.1.2.1 Conception Freudienne

Selon Freud, l'exploration de l'inconscient* (psychanalyse) coupe et recoupe sans cesse des représentations sexuelles[196].

« L'anatomie, c'est le destin » écrit Freud. Il élaborera une théorie de la bisexualité psychique : « Ni du point de vue biologique, ni du point de vue psychologique, les caractères d'un des sexes chez un individu n'exclut ceux de l'autre » [196]. Le fantasme de l'enfant est bisexuel : il veut posséder les pouvoirs et les qualités qu'il attribue aux parents des deux sexes. Ensuite, après l'accomplissement de l'organisation oedipienne, il sortira de cette bisexualité psychique pour se concentrer sur une monosexualité. Par contre, cette transition se fera au prix d'une blessure narcissique*. En effet, selon Freud, l'inconscient désire à tout prix annuler cette séparation. Il cite également qu'au moment de la différenciation sexuelle au cours du stade phallique*, l'enfant est apte à distinguer la différence de genre entre garçons et filles, mais cette distinction n'est pas d'ordre pulsionnel et ne prend pas en compte l'organe génital. C'est au cours de ce stade que la curiosité infantile se manifeste : absence versus présence de pénis. On distingue le complexe de castration chez la fille (elle se considère dépourvue de pénis) et l'angoisse de castration (peur de perdre son pénis) chez le garçon. Cette angoisse se traduit par la peur du garçon de perdre son pénis, qui en fait est une « corporalisation » d'une peur plus fondamentale, celle de perdre son identité masculine et de redevenir féminin. Selon Freud, la fille ne connaît pas son vagin[200].

De cette angoisse naît le complexe d'Œdipe*, c'est-à-dire que l'enfant est attiré vers le parent de sexe opposé et ressent de l'hostilité envers le parent du même sexe. Ces sentiments seraient à la source d'une forte angoisse, en raison de l'impossibilité qu'a l'enfant de se substituer au parent du même sexe. L'enfant conçoit le père comme un rival et sera hanté par la peur de représailles ; c'est l'angoisse de castration qui refait surface. Lorsque l'enfant finira par s'identifier au parent du même sexe, il sort du complexe d'Œdipe et ceci amène l'enfant à intégrer les valeurs, les rôles et les attitudes propres à son sexe. Le rôle sexué que l'enfant adopte se manifeste vers cinq ans.

Par contre, si le lien fusionnel avec la mère est trop important, il craindra ne plus pouvoir se libérer de cette emprise et aura encore plus peur de perdre son identité masculine. Ce complexe fusionnel, même s'il est considéré comme un « lieu d'anéantissement » est à la fois un nirvana apaisant. Pour surmonter cette peur, l'enfant sera mené à investir son pénis qui deviendra symbole de puissance et d'intimidation ou d'attribuer un pénis à sa mère en déniait la différence sexuelle génitale[200].

Bien que les conduites plus tardives des enfants à l'égard de la satisfaction du désir sexuel varient, le comportement des enfants lors de leurs premières années est uniforme selon Freud : découvrir ce que les parents font ensemble pour que viennent les enfants...[200].

Pour Freud, la féminité est une élaboration secondaire résultant du « deuil du manque phallique »[196].

2.1.2.2 Conception de Winnicott

L'enfant, qu'il soit garçon ou fille, de par cette fusion originelle à sa mère et à son sein, est d'abord « féminin » puisque la mère est femme. La transmission de ce caractère « féminin pur » est donc préalable à la constitution de l'identité sexuelle de l'enfant, du Moi. Le garçon devra accepter la mère comme « autre » pour pouvoir accéder au masculin et ce caractère masculin n'apparaîtra que lorsque le garçon sera prêt à affronter la séparation[339].

2.1.2.3 Conception de Stoller

Cet auteur met en avant la féminité primaire commune aux deux sexes qui découle du lien fusionnel avec la mère. Le garçon forgera son individuation masculine dès la désidentification d'avec sa mère. La masculinité serait donc acquise ; la féminité de base serait mise en veilleuse, l'agressivité phallique ferait son émergence. L'acquisition de l'identité masculine serait donc un processus plus fragile, puisqu'un travail de deuil est nécessaire pour rejeter l'identification féminine primaire, ce qui contraste avec les théories de Freud.

Stoller cite également le rôle du père comme fondamentale dans l'élaboration de l'identité de l'enfant « L'intervention paternelle dans la symbiose mère-enfant est à la source du noyau d'identité de genre. » Si le père est trop absent et ne le « protège » pas de l'influence maternelle, l'enfant sera tenu par trop d'intimité avec la mère et aura du mal à développer sa masculinité. D'autre part, si la symbiose mère-fille est trop perturbée, la petite fille pourra développer une conduite à tendance masculine[518].

C. Crépault reprend ces notions et parle de systèmes sensoriels et d'inconscient « imbibés » de féminité [126]. De par la proximité corporelle avec l'enfant, la mère deviendrait le premier objet d'identification. Cet auteur parle de pulsion d'individuation comme une force « maturationnelle ». Cette pulsion* de masculinisation est lié au processus de maturation psychosexuelle et dépend du renoncement à la féminité et aux dimensions fusionnelles qui s'y rattachent. Ce phénomène n'existerait pas chez la fille, car celle-ci n'a pas besoin, sauf dans certains cas, de se désidentifier de sa mère et possède ainsi une identité de genre moins vulnérable. Le revers de la médaille est que le lien fusionnel liant la fille à sa mère étant de ce fait plus fort, l'anxiété d'abandon risque d'être plus forte et pourra entraver son individualisation[339].

Le garçon acquiert ainsi son identité de genre masculine et tentera de la sauvegarder. Tout rapprochement avec sa mère engendrera ainsi une anxiété de démasculinisation contrastant avec l'anxiété d'abandon et créant ainsi un système de va-et-vient entre rapprochement et éloignement avec la mère.

Le garçon apprend donc à être mâle. Pour revenir aux principes d'embryologie, tout comme la première phase d'embryogénèse est protofemelle, le développement postnatal pourrait suivre le même schéma. Au cours de son apprentissage, le garçon apprendra à décoder les modes d'expression féminine et évitera de les faire siens. Le conscient refoulerait donc cette féminité initiale dans les couches du subconscient[126].

2.1.2.4 Conception de Fast (1984)

L'hypothèse d' « androgynat » est mise en avant, c'est-à-dire que l'enfant serait au départ à la fois masculin et féminin. Il se séparerait secondairement de ce qui n'est pas conforme à la réalité anatomique. Selon Fast, les représentations intrapsychiques de la masculinité et de la féminité se feraient à partir des identifications aux parents des deux sexes [339]. Pour McDougall également, l'enfant est un être bisexuel qui doit faire le deuil de ses désirs bisexuels pour aller vers une monosexualité[373]. Ces notions prennent leurs racines dans le yin et le yang (Tao).

2.1.3 Modèle cognitiviste

La mise en place des comportements sexués et l'acquisition de l'identité sexuelle s'élaborent par différents stades. A chaque étape, l'enfant acquiert des connaissances relatives à l'identité sexuelle et aux rôles qu'elle implique :

-stade de « l'identité de genre » (l'enfant identifie sa propre identité sexuelle et celle des autres) vers l'âge de deux ans.

-stade de la « stabilité de genre » (identité sexuelle considérée comme stable).

-stade de la « constance de genre » (identité sexuelle considérée comme immuable) vers six/sept ans.

Selon cette théorie, les cognitions sont au premier plan. La construction interne qui résulte de l'activité de l'enfant et qui se forme en fonction de ses capacités intellectuelles aboutit à l'élaboration de son identité sexuelle. Il adhère au rôle que la société attribue au sexe qu'il a appris à connaître[339].

2.1.4 Modèle de l'apprentissage social

L'enfant apprend par imitation. Par observation, l'enfant classe les comportements comme étant masculins ou féminins. Il prend progressivement connaissance des attentes de son entourage et adopte les conduites stéréotypées de son sexe. L'entourage social a donc un rôle quant au développement de l'identité sexuelle de l'enfant. Plus la croyance des différences entre les sexes est importante chez les parents, plus les attitudes envers l'enfant seront différentes s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille. Les jouets, les vêtements, les attitudes à prendre sont définis selon le sexe de l'enfant.

La constitution de cette identité sexuelle se réaliserait donc dans une interaction constante entre les pressions éducatives et les différences comportementales[339].

2.2 DEVELOPPEMENT DE LA SEXUALITE

Selon la théorie sexoanalytique, la sexualité est considérée comme de provenance psychique. La force de la libido et les directions que celle-ci prend dépendrait donc principalement de leurs significations intrapsychiques[126].

2.2.1 L'enfance

Il existe une importante différence entre la maturité du système sensitif et la maturité du système moteur. Même le nouveau-né à terme est une entité excitable. Le comportement auto-érotique chez l'homme est donc extrêmement précoce. Il apparaît déjà *in utero*[126].

En effet, le nouveau-né ne fait pas encore la différence entre stimulation extérieure et stimulation venant de son propre corps. « Il n'est conscient de rien au-delà de son corps » [126]. De ce fait, les sensations provenant de l'extérieur ne peuvent être perçues comme telles et constituent les premiers épisodes d'auto-érotisme puisque ces stimuli divers sont incompréhensibles pour le nouveau-né. En effet, la frontière entre monde extérieur et corps unifié n'est pas innée. Au départ, le nouveau-né fonctionne comme si la fusion entre sa mère et lui était toute puissante. On parle d'illusion de « frontière commune » [126].

La symbiose est une « coproduction » entre deux êtres. En effet, la mère et l'enfant se trouvent tous deux modifiés l'un par rapport à l'autre à partir des états de tension et de détente produits par le plaisir-déplaisir.

La somme de ces auto-érotismes primaires va donc s'unifier et former ce qu'on appelle le « narcissisme primaire »*, définit comme étant le sentiment de vivre, d'exister comme un être unifié. Le schéma corporel du nouveau-né se structure progressivement et une force pulsionnelle va apparaître (libido*) et celle-ci n'est au départ pas forcément génitale. L'enfant va être porté à s'individualiser. Cette pulsion de maturation fait appel au « flux de l'énergie de développement » [126]. Cet amalgame d'auto-érotismes enregistré dans le psychisme de l'enfant est au centre d'une égocentricité, force qui régit

les pulsions pour satisfaire les besoins. Cette force libidinale se situe à la limite du somatique et du psychique et entraîne le nouveau-né à s'investir dans des relations avec des objets extérieurs à lui-même. Une coupure se crée donc entre une époque prénatale où les besoins sont satisfaits avant même d'être perçus (associés à une absence de pulsionnalité) et une époque post-natale où le nouveau-né doit constamment solliciter son environnement pour satisfaire ses besoins. Sa libido va donc être renforcée au cours des années de vie et des relations affectives et émotionnelles vont se créer avec des objets extérieurs. Ce phénomène d'objectalité est donc une poussée émotionnelle de puissance variable qui engendre une nécessité interne de l'enfant vis-à-vis des objets distincts de lui. Plus le mouvement d'objectalité ira en croissance, plus l'individualité de l'enfant sera renforcée par la reconnaissance progressive d'une altérité entre l'objet et le soi. Par contre, en développant cette identité personnelle, l'enfant se met face à un « complexe fusionnel » : d'une part il s'individualise et peut donc moins satisfaire ses besoins fusionnels, d'autre part s'il satisfait ses besoins, moins il s'individualise. Cette autonomisation ou individualisation mélange donc à la fois satisfaction et insécurité. L'enfant est face à une anxiété de séparation et d'abandon puisqu'en s'éloignant de la mère, il risque à tout jamais de la perdre. En revenant dans les bras de la mère, il est alors déstabilisé par l'idée de perdre son individualité[126].

Le mécanisme de défense contre ce complexe fusionnel est le développement de l'agressivité. En effet, c'est cette agressivité qui donne le courage à l'enfant de lutter contre son angoisse.

Les phases du développement libidinal des pulsions sexuelles sont : orale*, anale-sadique*, scopique*, phallique* et génitale* [339]. Ces phases de développement du psychisme ne peuvent être vues sur le seul mode d'une successivité temporelle. En effet, l'évolution du psychisme n'est pas linéaire. Elle est marquée par d'incessants mouvements de régression au cours de la progression. Les mouvements progressifs devront accepter certains éléments de l'organisation psychique antérieure qui auront été renforcés lors de la régression[126].

Pour Freud, l'aspect linguistique et l'aspect biologique des stades de développement sexuel est indissociable. De plus, selon lui, refuser de dévoiler les « secrets » de la sexualité aux enfants laisse à discussion et il cite que vouloir conserver

« la pureté de l'imagination n'est pas garantie par l'ignorance »[196]. La manière dont l'éducation des enfants est menée, c'est-à-dire où l'on cache le savoir à ces enfants curieux, « gâte l'imagination »[196]. Qu'ils soient trompés par des explications absurdes (ex. : la cigogne et l'étang) ou repoussés, le soupçon dans l'esprit de l'enfant qu'il existe quelque chose d'interdit va grandir. Son incrédulité s'accroît d'autant plus qu'il voit sa mère avec un abdomen en expansion qui précède l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur, tout en étant mené à observer des animaux, qui eux ne dissimulent pas leur sexualité.

C'est entre le quinzième et le dix-huitième mois qu'apparaît la prise de conscience par l'enfant de son identité, donc de ses différences. A cet âge apparaît le Je et le « non ». L'enfant apprend à utiliser la négation et indique donc ses premières possibilités de retour sur lui-même. Cet âge indique la possibilité de contrôle de ses pulsions, l'enfant pouvant s'opposer à autrui comme à lui-même. Naît le Surmoi* [339].

Les premières masturbations ont été observées deux mois après la naissance et les premiers orgasmes dans la première année[339]. L'enfant est prêt bien avant d'avoir atteint l'âge de la puberté à réaliser ce que la vie amoureuse offre comme options (tendresse, dévouement, jalousie, etc..). Ces ruminations incessantes sur des questions ne recevant pas de réponse de la part des adultes mènent les enfants à développer des états névrotiques. En même temps, la lutte constante des aînés à cacher la vérité sur la sexualité aux enfants augmente le sentiment de culpabilité de ces enfants et la sexualité est ainsi étiquetée comme « terrible » ou « dégoûtante »[196].

Le suçotement du pouce consiste à se donner le plaisir qu'on attend de sa mère. L'enfant intègre une présence apaisante de la mère même en son absence.

La découverte de l'excitation du pénis par la main chez l'enfant qui procure du plaisir peut survenir très tôt. La masturbation est parfois découverte par un adulte ou une personne qui s'occupe de lui et l'enfant sera alors effrayé, croyant qu'on va lui couper (« menace de castration »), démontrant l'importance que l'enfant accorde à cette région du corps[339].

Ce comportement infantile à tropisme automatique organise les sensations génitales et contribue à l'apprentissage de la séquence excitatoire. On apprivoise ses propres réactions sexuelles.

Le stade phallique existe pour les deux sexes et souligne l'investissement érotique et narcissique de l'organe génital externe (pénis ou clitoris) au cours de cette phase. Il y a un surinvestissement narcissique de l'organe ainsi qu'une organisation des activités érotiques préalablement réparties de manière éparsée en différentes zones érogènes sous le primat du phallus. On parle du nouveau centre de gravité, centre organisateur de la sexualité mature à venir. L'énergie pulsionnelle y est rassemblée puis redirigée vers les aires orale et anale[126].

Le symbolique phallique sera distinct chez l'homme et chez la femme. La femme connaîtra une réceptivité et une spécularité avec l'objet maternel que l'homme ne pourra jamais atteindre de manière aussi complète[339].

Il faut absolument une zone de tranquillité de l'esprit à l'abri des forces destructives émanant des bouleversements créés par le déploiement des conflits afin que puissent se développer le rêve et le jeu.

L'auto-érotisme permet à l'enfant de s'investir lui-même afin d'assurer la permanence, l'existence du Moi* tout en animant et haïssant les objets nécessaires à sa survie et à son développement[127].

Les fantasmes masturbatoires entre l'âge de 2 à 5 ans sont très importantes. Durant la phase oedipienne, ces fantasmes se mêlent à de la culpabilité, de l'agressivité et à de l'angoisse de castration[127].

L'impuissance physique de l'enfant l'entraîne à investir des objets fantasmatiques avant de s'investir sur des objets extérieurs.

L'enfant est un « pervers polymorphe »[196], c'est-à-dire que toutes les pulsions partielles se manifestent au cours de son développement, au moins sous la forme de fantasmes masturbatoires. Ces fantasmes s'organiseront petit à petit sous le primat génital. Les déviations observées à ce stade, surtout à l'approche de la puberté, n'ont donc pas de valeur pronostique comme le décrit T. Bokanowski [65]. Ces manifestations font partie intégrale de l'organisation du fonctionnement mental. Des parents trop curieux violant l'intimité de l'enfant et de l'adolescent auront un impact dommageable sur leur enfant[339].

Les premières histoires d'amour surviennent souvent vers 7 ans. Vers 9 ans, la pudeur s'installe chez les filles et les garçons qui jouent alors souvent séparément[315].

2.2.1.1 Rôle des parents

Il va s'en dire que l'attitude des parents vis-à-vis leur enfant jouera un rôle dans leur développement psychosexuel.

La mère et sa relation avec son enfant sont à la base du développement du psychisme de l'enfant. La mère est le miroir de son enfant. Si la mère insiste trop précocement sur le fait qu'elle a une existence indépendante de son bébé, elle portera préjudice à l'illusion primaire d'omnipotence, c'est-à-dire à l'illusion narcissique qui présume que le corps maternel n'est pas distinct de son propre corps, illusion qui est fondamentale au bon développement du psychisme[339].

La mère doit être suffisamment aimante pour devenir une source de valorisation narcissique. Elle doit être fière de sa fille et lui permettre de satisfaire ses besoins fusionnels tout en encourageant la séparation et l'individuation. Une mère trop présente induira une forte anxiété de séparation. Une mère « phallique » (qui n'accepte pas sa féminité et qui convoite la puissance masculine) sera aimante seulement si sa fille lui ressemble[127].

Pour Spitz, une corrélation directe existe entre le quotient de développement et la présence de jeux sexuels d'une part et avec la qualité de la relation mère-enfant d'autre part : « si la relation mère-enfant durant la première année est suffisamment bonne le quotient de développement est supérieur à la moyenne et les jeux sexuels toujours présents. Si la relation est problématique, il n'y a que rarement des jeux génitaux, remplacés alors par les autres activités auto-érotiques. Si la relation mère-enfant est absente il y a baisse du développement général et absence complète de jeu génital » [514].

Le père joue également un rôle capital. C'est à travers l'image paternelle que la fille cherchera la masculinité suffisante pour activer sa pulsion d'individuation. Sans cette part de masculinité, elle risque de s'enliser dans la dépendance et l'insécurité. C'est le père qui encourage l'individuation de sa fille. Il doit par ailleurs alimenter le narcissisme corporel de sa fille, c'est-à-dire qu'il doit la trouver belle et désirable sans sexualiser la relation. Malgré tout, ce processus de féminisation peut être à l'origine d'une importante anxiété, soit par crainte de ne pas pouvoir assumer les exigences de la féminité, soit par crainte de ne pas être assez maternante ou assez désirable ou de devenir une victime sans défense, etc. C. Crépault appelle ce phénomène l'anxiété de féminité. Elle pourra alors choisir comme mécanisme de défense la voie de la masculinité, attitude qui engendrera à son tour une anxiété, celle de la masculinisation (peur de devenir masculin, devoir renoncer à la féminité, conflit par rapport à sa réalité corporelle)[127].

2.2.2 L'adolescence

Pour certains, l'adolescence est contemporaine de la puberté. Pour d'autres, il est essentiel de distinguer puberté et adolescence du point de vue de ce qui se produit dans la psyché de l'être humain.

La puberté est caractérisée par des transformations hormonales, somatiques et psycho-affectives qui conduisent à la faculté de procréer[315].

L'influence de l'éducation et des informations conscientes et inconscientes transmis à l'enfant ont certes un rôle crucial quant au développement de sa personnalité. Les répercussions du non-dit sur la formation des fantasmes inconscients de l'enfant vont constituer les bases de sa personnalité[315].

La maturation rapide de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique entraîne le développement progressif des caractères sexuels.

Le contrôle de cette maturation est sous la dépendance de facteurs complexes interreliés d'origine neuro-endocrinienne, génétique et nutritionnelle.

La puberté biologique engendre une augmentation de la force des excitations pulsionnelles endosomatiques ainsi qu'un changement des formes et des limites du corps. Ces modifications répercutent sur le psychisme en désorganisant l'équilibre psychique qui s'est installé durant la période de latence. Il se produit un passage à un fonctionnement pulsionnel érotique proprement sexuel, une resexualisation des formations inhibées quant au but, à une fragilisation du Moi modifiant ainsi ses limites [446].

L'adolescence n'est pas seulement une période de la vie, mais un processus intrapsychique d'élaboration dont le but est de réorganiser cette désorganisation qui caractérise la puberté psychique. Comme il existe des moments de réorganisations, il en résulte un nombre de ratés temporaires qui ne doivent pas nécessairement être considérés comme pathologiques[446].

L'auto-érotisme subit donc des transformations sous le poids du renforcement pulsionnel et par la centralisation des pulsions autour de la génitalité. Les fantasmes qui accompagnent cette génitalité sont chargés d'anxiété et la décharge tensionnelle en est ainsi renforcée. Le rapport entre narcissisme et auto-érotisme redevient conflictuel comme au moment de l'avènement de l'Œdipe dans l'enfance. Les parents vont alors jouer le rôle de frein aux désirs incestueux pour protéger le destin du narcissisme de leur enfant. Les parents assumeront donc le rôle du Surmoi* débalancé de l'enfant. C'est aussi à l'adolescence que l'individu ira puiser à l'extérieur du milieu familial pour reconstituer son Idéal du Moi*, comme son registre de valeurs est remis en cause devant

la suppression de la répression des pulsions. Cette proximité avec les parents rendant la réalisation de l'inceste possible devient affolante. Le repli sur soi sera le premier recours et conduira l'adolescent à se confiner dans l'auto-érotisme génital. L'activité masturbatoire aura alors une « valeur économique de décharge des tensions internes » [446] et apportera son concours à l'établissement des fantasmes incestueux qui s'ancreront progressivement dans la psyché de l'adolescent pour ensuite être frappés d'un interdit significatif et être finalement refoulés.

La masturbation se vit de manière différente chez la fille et le garçon. L'érection et l'éjaculation rendent visibles le résultat de l'excitation chez le garçon. La fille a d'autres sources de satisfaction, comme la mise en valeur et la valorisation sociale de certaines parties de son corps[339].

Selon une enquête anonyme, 90% des garçons et 40% des filles se masturbent à l'adolescence. La plupart du temps les fantasmes sont de l'ordre de caresse ou de l'action de faire l'amour à un partenaire. Un quart des garçons et un sixième des filles auraient des fantasmes sadiques. Près de 30% des jeunes auraient des fantasmes voyeuristes[75].

Atwood et Gagnon (1987) rapportent que 5% des élèves du secondaire se masturbent tous les jours contre 3% des étudiants du collège (université)[22]. Pinkerton et al. (2002) retrouvent une moyenne de 3 fois par semaine pour les étudiants du lycée[438].

Laumann et al. (1994) nous révèlent que 14,5% des Américains de sexe masculin (n=1320 ; âges entre 18-59 ans) se masturbent 2 à 6 fois par semaine, que 1,9% se masturbent tous les jours et que 1,2% se sont masturbé plus d'une fois par jour au cours de l'année écoulée[323].

Les études semblent dire que les garçons ont plus de fantasmes sexuelles que les filles [329], qu'ils se masturbent plus souvent [323 ; 329] et qu'ils sont plus attirés par les stimuli visuels [276]. Les hommes sont donc plus vulnérables aux comportements d'hypersexualité [156 ; 317].

Bien que la société banalise de plus en plus les pratiques sexuelles et qu'elle puisse sembler plus tolérante, tout ceci n'est que superficialité puisque la masturbation est toujours source d'un mélange de culpabilité et de honte[75]. En effet, les désirs oedipiens acquièrent une dimension incestueuse qui n'existait pas dans l'enfance. Cette pratique est de plus aux yeux de l'adolescent un mode de satisfaction sexuelle infantile et signe une incapacité d'accéder à un mode plus mature de satisfaction sexuelle. De plus, le bouillonnement de l'excitation pulsionnelle de l'adolescent va lui donner l'impression d'être habité par une « force démoniaque sur laquelle il (elle) n'a aucune maîtrise et lui donner le sentiment d'être anormal(-e) ou pervers(-e) » [367]. L'adolescent ne se reconnaîtra alors plus comme ce qu'il s'était imaginé devenir et ceci augmentera son sentiment de haine par rapport à lui-même. Ses repères en sont ébranlés et se produit la crise d'identité, bien connue des parents. Pour reconstruire son narcissisme en voie de reconstruction, une régression à l'érotisme anal jouera un rôle structurant. La zone anale sera alors à nouveau progressivement investie comme « un organe apte à prendre pour posséder, à absorber pour conserver et/ou pour détruire de l'intérieur » [446].

Dès la possibilité des relations sexuelles, le garçon craint trop de proximité avec sa mère et fuit les manifestations de tendresse. Il se rapproche alors de son père à la recherche d'un Moi-Idéal pour conforter son narcissisme phallique[446].

A l'adolescent sera ainsi imposé une nécessité de se différencier tant que mâle ou femelle et de rompre avec les fantasmes incestueux qui peuvent désormais se réaliser.

Toutefois, l'acte hétérosexuel peut être accompli dans l'unique but de se rassurer narcissiquement sans qu'il soit véritablement question d'une implication affective dans le partenaire. Le passage du coït fantasmé au coït accompli est en effet source d'angoisse[518].

L'organisation pulsionnelle de l'individu se trouve donc profondément modifiée par la révolution somatique que constitue la puberté. A l'adolescence, être aimé est quelque chose que l'adolescent prend comme acquis et les tendances narcissiques

s'exprimeront donc de manière forte. L'adolescent est donc dans un stade de développement fragile où toute désaffection amoureuse risquerait de le faire passer à l'acte. Il a besoin d'un objet sur lequel porter sa libido et quoiqu'il fasse, il ne peut s'y soustraire. Il y a durant cette période de la vie, une nécessité extrême de recevoir l'amour d'autrui mais plus encore, de gagner ou d'attirer un objet d'amour qui puisse porter sur lui sa libido qu'il projette sur cet objet. Cette force pulsionnelle se bâtit tout au long de l'enfance. En effet, l'organisation psychique de l'enfant s'y prépare[339].

Comme le dit Freud, la puberté donne aux organes géniaux la primauté par rapport à toutes les autres zones érogènes existant depuis les tous premiers jours de l'enfant. Le pénis est considéré comme l'objet auto-érotique primordial et comme le garçon lui donne une grande valeur, il ne peut imaginer quelqu'un sans[200].

Le développement de la pulsion sexuelle passe donc de l'auto-érotisme à l'amour d'objet. En effet, du pré-génital, l'être humain passe au génital, où la pulsion vient se fixer sur un objet ou sur un but non déterminé. Les organes génitaux prennent le premier plan par rapport aux autres zones érogènes. Ces autres zones érogènes n'étant pas utilisable pour la reproduction, sont réprimées par l'éducation et la culture et feront partie, selon ce que définit notre société, des éléments de l'excitation sexuelle perverse[446].

Après la période de latence*, l'adolescent quitte la position auto-érotique pour chercher un nouvel objet sexuel dans le monde extérieur. Tout rapport amoureux se produit selon les courants psychanalytiques, sur le modèle de l'enfant tétant le sein de sa mère, modèle que nous verrons plus loin. De par cette relation, la mère acquiert une importance unique et permanente et devient le prototype de toutes les relations amoureuses ultérieures.

L'individu doit durant cette période devenir apte à investir de nouveaux objets d'amour qui n'auront aucun lien avec les objets oedipiens, c'est-à-dire qui ne seront pas le support d'un déplacement et d'une projection de ceux-ci[446].

Cette nécessité de choisir un objet sexuel s'accompagne souvent d'un flottement, qui se traduit par la multiplicité des comportements et des expériences d'ordre sexuel. Le choix d'objet peut prendre la forme brutale d'un premier amour passionnel[518].

L'avènement de la sexualité pubère joue un rôle déterminant dans l'adoption de conduites d'agression sexuelle, comme sont notés nombre d'attitudes délinquantes débutant à l'adolescence. La fréquence des viols et de la prostitution des adolescents est en augmentation[339].

Les difficultés du sentiment d'identité font surface à l'âge de l'adolescence.

L'accession à la maturité physique sexuelle crée une véritable rupture qui aboutit parfois à des désordres graves aboutissant parfois à un effondrement dans la psychose (catastrophe psychotique*)[446].

La boulimie, l'anorexie, les automutilations et les autres comportements auto-destructeurs sont liés à un rejet du corps sexué, corps à l'origine d'une véritable haine, venant d'une rupture dans le développement de l'individu[517].

Les aléas du développement sont marqués par la dépression, le suicide et les addictions. Les agressions sexuelles, comme nous le verrons plus loin remplissent une fonction antidépressive.

L'adolescent devra survivre à cette période de restructuration psychique et physique en renforçant son Sur-Moi qui ira puiser à l'extérieur du noyau familial, en acceptant ses nouvelles formes et limites aux yeux de lui-même et des autres. Cette période est donc caractérisée par un énorme travail psychique, un deuil avec un état antérieur[446].

2.2.3L'âge adulte

La société induit, selon Ehrenfels, ses membres « à voiler la vérité, à présenter les choses sous un jour faussement favorable, à se tromper eux-mêmes et à tromper les autres » [165].

La masturbation est largement répandue chez les hommes. Une étude de 1992 révèle en effet que 84% des hommes avaient au moins pratiqué la masturbation une fois dans leur vie versus 42% des femmes [339].

La sexualité masculine associe les mots proaction, préhension, possession et pénétrance ainsi qu'« engendrement ». L'homme a tendance à faire de son environnement une entreprise. L'attirance sexuelle masculine se nourrit de percepts visuels et cette attirance naît avant voire hors toute relation intersubjective. La relation s'organisera alors autour de cette attirance physique ressentie[518].

Pour pouvoir créer un contact satisfaisant avec une partenaire, certains éléments de développement au cours de l'enfance et de l'adolescence sont nécessaires. Basé sur le modèle paternel, des apprentissages sécurisés devront avoir eu lieu. Une acceptation de l'expression de sa masculinité prendra place au travers de la parentèle féminine, c'est-à-dire la mère mais aussi les autres femmes de l'entourage. Finalement, une prise de conscience de sa masculinité sera cruciale, car l'estime de soi et la capacité d'autonomie affective en découlent de source. La capacité à établir et à maintenir une relation amoureuse/érotique satisfaisante est liée au développement de cette estime de soi par prise de conscience de sa propre masculinité et ses traits mâles[315].

Toute fixation à une phase de développement empêchera le remaniement nécessaire des composants de la phase en cause lors des régressions prégénitales temporaires faisant parties du développement normal et entraînera des difficultés à la réussite de la pénétration génitale [446].

« L'ultime maturité de l'individu tendant à l'amour d'objet génital est la reconnaissance de l'autre dans son existence et sa liberté d'être » [200]. Comme nous le verrons plus tard au cours des perversions, le pervers détourne cette liberté à son usage propre. L'objet n'est alors plus qu'un simple destinataire de la pulsion, mais représente une limitation à l'expansion du narcissisme du sujet jusqu'à la toute-puissance[518].

A l'âge adulte, persiste une douleur sourde « qui émane de la cicatrice narcissique causée par la blessure qu'ont infligée au narcissisme infantile la déception oedipienne et l'incapacité de trouver une issue satisfaisante à la sexualité infantile. Cette douleur sourde vient faire écho aux situations d'impuissance du Moi et aux insatisfactions narcissiques rencontrées habituellement dans la vie » [446].

Il existe de plus une insatiabilité narcissique à l'origine des pulsions et des limitations extérieures à l'expansion, dans la réalité, de ce narcissisme.

L'individu est toujours mené à affronter des contrariétés à l'assouvissement de son plaisir à s'aimer soi-même, à être aimé par les autres et à les aimer. Il devra, au cours de sa vie, admettre ces limitations et les limitations de l'amour qu'il attend des autres. De multiples sources de déceptions vont s'enchaîner les unes après les autres : indifférence, absence d'amour réciproque, variations de l'humeur des autres, etc. Des structures internes devront alors être à sa disposition pour s'assurer soi-même dans son amour de lui-même pour être relativement indépendant de l'amour provenant d'autrui. Il devra être capable de retirer son investissement libidinal dans les objets externes et de le redistribuer au narcissisme. Les auto-érotismes serviront alors à apaiser la déception causée par les autres et par le refus de ceux-ci de satisfaire ses désirs pulsionnels[446].

Selon Widlöcher (2000), la sexualité infantile persiste chez l'adulte comme une source de désirs et d'activités créatrices permanentes et non pas comme « un résidu mal assimilé »[566].

Le Moi est aux prises avec trois exigences contradictoires : le Ça, le Surmoi et la réalité. Le Moi doit également gérer le « poison qui le mine de l'intérieur : la pulsion de mort, qui vise l'anéantissement du sujet comme fantasme dernier sur la voie du narcissisme négatif » [227].

2.3 TRANSEXUALITE

La transsexualité est un sentiment profond et absolu d'appartenir au sexe opposé, qui persiste dans le temps, associé à un fort désir de changer d'aspect sexuel manifesté par un dégoût de ses organes génitaux externes actuels. « Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé » (F64.0, CIM-10)[230].

Les individus transsexuels ont la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe et ont de ce fait un dégoût pour leurs organes génitaux externes. Ce sentiment d'appartenance à l'autre sexe peut aller jusqu'à avoir la profonde conviction d'avoir les organes génitaux du sexe opposé cachés à l'intérieur de soi. On parle alors d'un mécanisme de transsexualisation, qui est une mesure de défense contre l'anxiété d'abandon et qui en même temps met à l'abri sa propre identité.

Certains auteurs préfèrent utiliser le terme de « transsexualisme », terme qui possède une connotation pathologique.

Le transsexualisme est classé selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement sous le point F46 intitulé « Troubles de l'identité sexuelle » et non pas sous « Troubles de la préférence sexuelle », ce qui distingue ce phénomène des paraphilies[230].

C'est une affection rare qui toucherait entre 1 homme sur 24 000 et 1 homme sur 100 000 et entre 1 femme sur 100 000 et 1 femme sur 500 000 [117]. La transsexualité génère des problèmes médicaux, juridiques, éthiques et sociaux complexes. Une approche pluridisciplinaire est donc nécessaire.

Ce « trouble » débute habituellement dans la prime enfance et se caractérise par un désarroi intense et persistant relatif au sexe assigné. L'enfant est alors constamment préoccupé par les vêtements et les activités propres au sexe opposé et rejette son propre sexe[117].

Des études de Stoller ont montré que des transsexuels mâles manifestent parfois des signes de féminité dès l'âge de un an et ne développent pas leur masculinité[518]. Seraient-ils fixés au stade de la féminité primaire ? Seraient-ils des êtres ne pouvant se détacher du lien fusionnel maternel, refusant de se sentir sexuellement distincts de leurs mères ?

Le transvestisme (F65.1) se différencie de la transsexualité par le fait qu'il n'y a pas de dégoût de ses propres organes génitaux et que le port de vêtements du sexe opposé est l'élément excitateur. La prévalence des travestis est plus élevée que celle des transsexuels. Une étude de Langström, en Suède, portant sur 2450 personnes randomisées, en 2005, retrouve 2,8% de travestis hommes contre 0,4% de travestis femmes. Aucun de ces hommes travestis n'a d'orientation homosexuelle pure et 85,7% de ceux-ci déclarent n'être attirés qu'aux femmes[316].

Pour A. Green, le transsexualisme est « la forme d'aliénation sexuelle la plus extrême » et place ce « trouble » sur le versant psychotique[227]. Le terme est de plus utilisé dès les années 1980, sous la catégorie des troubles mentaux.

A. Oppenheimer cite le choix de féminité chez les hommes transsexuels comme conséquence d'une absence d'identification au père. Ce manque engendrerait une agressivité « reportée contre le soi sexué » [418]. La construction d'une « néo-identité » serait un acte à but d'évitement du délire.

La représentation que les parents ont de leur enfant influencerait beaucoup l'identité sexuée. L'image que l'enfant a de lui est le miroir de l'image que les parents projettent sur lui[339].

L'attitude que les parents prennent peut engendrer des troubles de l'identité sexuelle. Par exemple, une mère trop captative pourra entraîner chez sa fille le développement d'une masculinité excessive qui servira de moyen de préservation de son espace vital ainsi que de son identité personnelle. La fille pourra également se masculiniser pour ne pas partager l'insécurité et la névrose maternelle[446].

L'identité sexuelle pourrait également être perturbée par une exposition hormonale anormale in utero. On cite également une insensibilité cérébrale aux hormones sexuelles ou aux hormones gonadotropes (LH, FSH) ou encore une anomalie au niveau des noyaux hypothalamiques [117]. Les hypothèses neuroendocriniennes émanant du principe que la transsexualité est une pathologie ont poussé certains médecins à « traiter » ce problème par des anti-dépresseurs et des thymorégulateurs (ex. : sertraline + lithium) [475] ;

Malgré l'émission de plusieurs hypothèses psychiatriques, environnementales et biologiques par nombre de spécialistes, on ignore toujours la physiopathologie de la transsexualité et le nombre restreint de patients accentue les difficultés de la recherche scientifique.

2.4 HOMOSEXUALITE

L'homosexualité se définit comme une attirance sexuelle pour des personnes du même sexe.

L'homosexualité n'est pas qu'un simple comportement sexuel. Il s'agit d'un ensemble d'attitudes, d'affects, de préférences, de valeurs, de style de vie dont la justification se trouve dans les rapports affectifs.

L'homosexualité était considéré comme un vice ou une débauche jusqu'au XIXème siècle. Les homosexuels étaient condamnés à mort jusqu'à la fin du XVIIIème siècle en France.

Le terme est entré dans les perversions avec Karl von Westphal (1833-1890). Ce psychiatre, ayant retrouvé des traits communs entre les homosexuels et les névrosés, débuta l'interrogation sur la psychopathologie sous-tendant l'homosexualité. La classification rengeait ce phénomène dans les déviances ou dans les régressions.

Feigen (1951) divise les homosexuels en quatre catégories [181]:

-Type **A** : Masculinité normale en apparence avec un contact homosexuel occasionnel.

-Type **B** : Bisexuel, le plus souvent sodomiste, confus quant à son homosexualité.

-Type **C** : Exclusivement homosexuel, admet être homosexuel et habitué d'être homosexuel.

-Type **D** : Homosexuel qui essaye de s'habiller et de vivre comme une femme.

L'intérêt littéraire pour la sexualité était alors en pleine croissance et cet intérêt s'est progressivement investi dans le domaine psychologique en plus des perspectives médicales et philosophiques.

Au XXIème siècle, la discussion ne se fait plus entre déclarer homosexualité comme « normal » ou « anormal » mais plutôt de définir les conditions de fonctionnement de cet état d'attraction.

L'homosexualité a été retirée de la classification des désordres mentaux en 1973. En 1983, l'OMS le retire de la liste des perversions.

Pour A. Kinsey, il est impossible de classer les individus dans des catégories sexuelles rigides. Il considère que 5 à 10% de la population est exclusivement hétérosexuelle ou homosexuelle[296].

Le Morton Hunt's survey of sexual behavior aux Etats-Unis en 1974 rapporte que 25% des hommes ont un comportement homosexuel et que 10% des femmes mariées avaient eu une relation homosexuelle[420].

Pour Freud, l'enfant considère que tout être a un pénis (garçon) ou en aura un (fille) plus tard (il est trop petit, il grandira,..). Selon lui, si cette représentation de la femme au pénis se fige dans le psyché de l'enfant en développement, il sera, plus grand, incapable de renoncer au pénis chez son objet sexuel et cherchera des hommes qui, par ailleurs sur le plan somatique et psychique, lui rappelleront la femme. La femme manquera pour ce genre d'homme « l'excitant sexuel essentiel » [196] et pourra même devenir objet d'aversion. De la peur de castration (complexe de castration) survenue dans l'enfance, bouleversement affectif majeur, les organes génitaux féminins seront perçus comme mutilés, rappelleront cette menace et provoqueront de l'horreur plutôt que du plaisir.

L'appropriation anale de la puissance phallique du père est nécessaire au bon développement et doit être vécu comme quelque chose transmis de bon gré. Si cette introjection anale s'accompagne du fantasme d'avoir châtré le père, plusieurs manifestations pathologiques sont possibles comme la forme défensive d'homosexualité masculine, l'impuissance sexuelle chez l'homme ou le vaginisme chez la femme. Ces mécanismes ont une valeur défensive contre le désir de châtrer sadiquement le père[446].

Du côté féminin, le clitoris est perçu comme le pénis chez la fille et la mène à se toucher. Elle devra quitter cette sexualité de type masculin et accepter le plaisir de la pénétration pour devenir femme[196].

La lutte impossible contre un père trop dangereux contraindrait l'homme à abandonner une position hétérosexuelle, cite Mélanie Klein[297].

La construction virile du garçon dépend du caractère de la mère. Une mère trop faible ou malade à la fois autoritaire engendrerait des sentiments ambivalents à l'égard de la mère. Un comportement d'agressivité le protégerait alors d'une trop grande proximité.

Une trop grande identification à l'ïmago paternel serait retrouvé dans un certain nombre de comportements homosexuels. Freud emploi le terme de « fixation » paternelle[196].

On retrouve dans l'histoire de nombreux homosexuels un père absent ou une mère possessive source d'un fort attachement mère-fils menant à une inversion de l'Œdipe. Martensen-Lansen rapporte que 4 fois plus d'homosexuels ont perdu leur père avant l'âge de 15 ans que d'hétérosexuels[358]. Saghir et Robins ont fait la même constatation, à savoir que 35% d'homosexuels et 46% de lesbiennes ont perdu un parent avant 15 ans[482].

Les abus de toute sorte, sexuel, physique, mental ou émotionnel peuvent entraîner une confusion dans l'orientation sexuelle. Saghir et Robins retrouvent que 84% des homosexuels ont une image négative de leur père alors que seulement 18% des hétérosexuels auraient ce genre d'image. L'alcoolisme parental est souvent retrouvé dans leur histoire[482].

Irving Bieber décrit un « système triangulaire spécifique » à savoir une mère contraignante et dominante qui dévalorise l'aspect paternel de son époux, hostile avec son fils. Il décrit ce système comme menant l'enfant à «  rotiser à la puberté le besoin d'intimité avec un père amical et encourageant »[55].

Une période d'homosexualité « structurante » existe lors de l'adolescence sans nécessairement qu'il y ait envie de réalisation. Une étape homoérotique de la psychog n se est appelée « homosexualité » et est reconnue comme normal, voire banal au cours de l'évolution affective d'un sujet [518].

J. Bergeret cite l'homosexualité comme un trouble de l'identité, parfois de nature névrotique, mais qui cache souvent une organisation psychotique et relève généralement d'une personnalité dépressive. Il écrit également que l'orgasme est déclenché par un « sentiment de violence et un besoin de restauration narcissique vérifié par l'emprise réparatrice réalisée ainsi de façon brutale, sans avoir à affronter ce qui est considéré comme un gouffre pour le narcissisme, c'est-à-dire la bisexualité » [49].

Le mécanisme de défense contre la dépression implique confondre affirmation phallique de toute-puissance et perception du pénis.

Pour C. Parat (1962), l'homosexuel ne parvient pas à intégrer la notion de différenciation sexuelle et reste ainsi bloqué à une position où prévalent les antinomies actif-passif, « phallique-châtré », dominant-dominé[423].

G. Diatkine rapproche homosexualité masculine et sadisme, que nous verrons plus loin, puisque l'acte de pénétration est nécessaire pour récupérer la « toute-puissance du Moi-Idéal »[149].

C. Crépault, en discutant sur le processus de masculinisation par éloignement de la mère, cite la notion d'anxiété d'abandon. Pour soulager cette anxiété, l'individu sera tenté de se rapprocher de sa mère et donc de la féminité. Un sentiment d'inaptitude à adhérer aux exigences de la masculinité peut apparaître en cours de route. En craignant de ne pas pouvoir assumer les exigences de cette masculinité, il pourra se désinvestir totalement de la masculinité et se retrancher derrière des modes d'expression féminine. Cette anxiété de masculinité pourra également engendrer des troubles sexuels comme des troubles érectiles ou éjaculatoires ou un manque de désir sexuel[126].

Le développement du désir de féminité peut aussi signifier une soumission sécurisante à la loi paternelle.

La résignation narcissique phallique radicale survient lorsque l'enfant constate que le pénis du père est de plus grande taille et qu'il abandonne prématurément toute envie de compétition phallique avec le père. En se réfugiant ainsi dans le versant négatif du complexe d'Œdipe, il bascule de l'envie de posséder le pénis du père au désir d'avoir « le père comme objet homosexuel, au désir érotique pour le pénis du père dans l'attitude de soumission homosexuelle à son égard » [446].

L'homosexualité peut, comme vu précédemment, être lié à une culpabilité issue du Surmoi, provoquant le renversement du fantasme d'avoir châtré le père en fantasme d'être châtré par lui.

S. Freud décrit la position homosexuelle féminine châtrée-passive chez l'homme comme une régression à l'Œdipe infantile. Il cite ce phénomène comme pathologique, car il témoignerait de l'impossibilité de surmonter l'angoisse de castration et donc l'échec de la mise en place de l'homosexualité structurante puis de sa sublimation*, phénomène normale qui fantasmatiquement traduit la nécessité d'être pénétré par derrière pour pouvoir être efficacement pénétrant par devant (introjection anale du phallus paternel)[196].

Sur le plan neurobiologique, les structures cérébrales impliquées dans l'humeur, les émotions, l'anxiété et l'agressivité chez les homosexuels ressemblent à celles des hétérosexuels du sexe opposé. Les hommes hétérosexuels ont un cerveau asymétrique avec un hémisphère droit légèrement plus gros comme celui des lesbiennes [96].

2.4.1 Sexualité anale et analité

L'enfant comprend qu'il a grandi dans le corps de sa mère, mais la compréhension du mécanisme lui reste mystérieux. Il sait que le père a eu un rôle à jouer dans son arrivée puisqu'il est aussi « son » enfant. Le rôle du pénis est rattaché à ce processus mystérieux de procréation et une excitation accompagne ce mécanisme de pensée lié à la recherche de sa propre origine. La cavité qui reçoit le pénis reste inconnue au garçon, surtout que pour lui la mère possède aussi un pénis. Son effort de pensée est donc rapidement voué à l'échec et son imagination lui mènera à croire que l'orifice intestinal est la voie de sortie de l'enfant qui naît. Il croit en la théorie de l'évacuation comme une selle comme la théorie la plus vraisemblable. Comme cette théorie n'a rien de choquant puisqu'aller aux selles est normal, interviennent alors les composantes sexuelles anales. Par contre, dans ce cas, comme l'homme aussi a un anus, l'homme pourrait tout aussi bien enfanter. Le fantasme que le garçon fasse lui-même des enfants peut donc se forger en lui et manifeste donc les premiers piliers de l'érotisme anal[200]. Les penchants coprophiliques rentrent donc dans l'évolution de fantasmes émanant de la prime enfance et sont élaborés à partir de croyances construites pour résoudre des énigmes pour lesquels tous les éléments ne sont pas connus de l'enfant.

Le couple activité et passivité cité précédemment au cours de la phase anale a une importance particulière quand au développement des fantasmes à tropisme anal. Ce couple entre donc en jeu dans le fantasme d'introjection anale du pénis paternel, fantasme ayant une valeur structurante pour le narcissisme et intervient également dans les pratiques du coït anal. Lors de cette pratique, la fixation à l'érotisme anal se manifeste par le « désir de dominer activement l'objet ou d'être dominé passivement par lui » [446].

« Chez l'homme, on est en présence d'une homosexualité anale dont la dimension narcissique est aussi évidente que complexe » [446].

Une composante sadique peut accompagner cette dimension narcissique de l'érotisme anal et se traduit par le désir de soumettre et d'humilier le partenaire sexuel. Du côté opposé, la pratique peut prendre une allure dénarcissisante et se lier à une composante masochique, exprimée par le désir d'être soumis et humilié par le partenaire[446].

Une composante agressive de type sado-masochique se lie alors à cet érotisme anal, du fait de la l'importante implication de la musculature anale. Chez les deux protagonistes, l'individu en position passive peut tirer plaisir de la position active de l'autre en s'identifiant à lui comme un autre soi-même concomitamment au plaisir délivré par la position passive[446].

L'exhibitonisme anal est une forme de provocation, de défiance et de domination de l'autre en faisant état de « sa puissance anale fécalisante, mais aussi une volonté de le rabaisser, de l'humilier où une composante sadique s'ajoute à l'analité » [446]. Cet acte a valeur de protection narcissique. Ce fantasme survient après avoir subi soi-même une humiliation de la part d'un objet externe. Il s'agit donc de renverser l'humiliation subie en une humiliation infligée.

Déviations du comportement du fait d'une pression environnementale ? Composante génétique associée ? Importance du rôle des hormones et des neurotransmetteurs ? Facteurs socio-culturels ? Education des parents ? Proximité de

la mère ? Distance du père ? Tant de facteurs peuvent s'entrecroiser et s'intriquer pour aboutir au comportement actuel retrouvé chez nos patients.

Quoiqu'il en soit, l'importance de la sphère anale dans la vie de tous les jours reste indiscutable et les taboos liés à cette zone doivent tomber pour permettre aux soignants et aux patients de discuter librement sur la composante sexuelle de la vie du patient.

L'introduction de l'anus dans la sexualité de certains patients souffrant de baisse de libido ou de problèmes sexuels de couple fait partie de certaines techniques de sexologie. L'épanouissement de l'individu passe par l'acceptation de son corps comme il est et l'anus fait partie des parties du corps à étudier pour parvenir à une pleine capacité de son pouvoir érotique[399].

2.4.2 Exploration anale

Avec l'âge, l'enfant apprend que l'anus et la région anale est impropre et « dégoûtant ». Malheureusement, comme cette zone procure beaucoup de plaisir, certains enfants s'en trouvent plutôt confus.

Certaines personnes se détachent émotionnellement de leur anus alors que d'autres en recherchent tout le plaisir qu'ils peuvent y trouver. Certaines personnes préfèrent ignorer cette partie de leur corps[399].

Au travers de maladies (hémorroïdes, fissures, etc.) ou de contexte social (ami homosexuel, film érotique, etc.), certaines personnes seront menées à redécouvrir cette zone et à combattre les attitudes négatives qu'ils ont accumulées tout au long de leur éducation. D'autres poursuivront l'idée que cette région est répugnante et qu'aucune exploration ne peut rentrer dans le cadre d'un être sain[399].

Certaines personnes ignorent les normes sociales depuis leur plus tendre enfance et sont en perpétuelle quête de plaisir anal.

Le plaisir anal peut être ressenti au cours de différentes situations. Que ce soit en marchant, en dansant, en s'assoissant ou en s'essuyant après un passage aux toilettes, l'individu ne peut pas ignorer que cette région peut lui procurer beaucoup de sensations.

La stimulation anale externe peut faire partie de la masturbation. Que ce soit à l'aide d'un doigt ou d'un objet, la stimulation peut également être interne. Ce genre de stimulation est répandu chez l'homme comme chez la femme, homo et hétéro ainsi que bisexuel[399].

Le sujet reste tabou au sein des populations européennes et américaines. Les statistiques concernant ce genre d'activité ne peuvent donc pas être représentatifs de la réalité vu la réticence des sujets à répondre sincèrement aux questions. M. Hunt et al. (1974) montrent tout de même un assouplissement des attitudes envers le sexe anal en 30 ans aux Etats-Unis [262].

Dans une étude de Playboy en 1986 portant sur 100 000 lecteurs (80% d'hommes hétérosexuels), 47% des hommes et 61% des femmes ont essayé le sexe anal. Selon la même enquête, 13% des couples mariés ont déclarés avoir un rapport anal plus d'une fois par mois et 63% auraient essayé d'autres formes de stimulation anale[262].

Concernant les homosexuels, le rapport anal ne serait pas l'activité sexuelle principale. En effet, selon Bell et Weinberg (1978), la masturbation mutuelle et la fellation seraient plus fréquents[46].

Selon le magazine Cosmopolitan, 15% des 106 000 femmes ayant répondu au questionnaire auraient régulièrement une relation anale[576].

Une étude de 1951 réalisée par Ford et Beach compile des données sur les comportements sexuels de 200 civilisations de notre planète. Cette analyse révèle que 64% de ces sociétés acceptent l'homosexualité masculine sous l'une ou l'autre de ses formes. Les hommes de la communauté Siwan d'Afrique s'engageraient tous dans une relation anale. Les Kiraki de Nouvelle Guinée pratiqueraient la pénétration anale dans le cadre de leurs rites d'initiation. Cet acte les aiderait à devenir des hommes forts. Ce genre de croyance est répandu chez plusieurs tribus aborigènes d'Australie ainsi que chez les Melanésiens (îles Fidji)[191].

Chez certaines sociétés, la pénétration anale dans le cadre d'une relation hétérosexuelle est réalisée lors des périodes de menstruations féminines [357].

Au cours du temps, le point de vue de nos sociétés face au plaisir anal s'est modifié. Par contre, l'acte de pénétration anale garde une connotation tabou et une relation à l'homosexualité. Pour nombre de gens, la région ano-rectale reste une zone sale à éviter[399].

En 1954, Feigen publie le premier article médical lié aux relations anales et l'intitule « Proctologic Disorders of Sex Deviates ». Il rapporte les problèmes médicaux liés au sexe anal chez des pénitenciers et des patients homosexuels[181].

Selon une enquête de Brecher, dans les années 1970, portant sur un échantillon de 4246 hommes et femmes hétérosexuels de plus de 50 ans, 16% de ceux-ci font recours à une stimulation anale pendant l'acte sexuel[74].

De nos jours, le sexe anal est donc quelque chose de connu et de répandu parmi toutes les tranches d'âge, mais qui reste considéré comme problématique, voire dangereux du point de vue médico-chirurgical, que ce soit pour les lésions affligées à la muqueuse ou à cause des maladies sexuellement transmissibles.

2.5 AUTO-EROTISME, FANTASMES ET PRATIQUES SEXUELLES

2.5.1 LE FANTASME

« L'imagination consiste à expulser de la réalité plusieurs personnes incomplètes pour, mettant à contribution les puissances magiques et subversives du désir, obtenir leur retour sous la forme d'une présence entièrement satisfaisante. C'est alors l'inextinguible réel incréé » [100].

L'image s'oppose à la réalité. La réalité existe dans l'imaginaire sous un autre mode que les choses. Chez l'homme, le sexe passe par les voies de l'imaginaire et aussi celles de la réalité. Le corps est dans la réalité et l'imagination sexuelle s'y superpose [446].

La capacité à désirer, à imaginer et à jouir sont les trois premiers critères de la santé sexuelle [339]. L'imaginaire érotique fait donc constamment un lien entre illusion et réel.

« L'image est née de l'émerveillement et il n'y a pas de pensée sans image » (citation d'Aristote).

Le fantasme est une image offerte à l'esprit par l'objet érotique. Dans le cas où l'on accepte qu'un inconscient existe, il faut renoncer à une prétendue maîtrise de ses actes par la volonté et en toute lucidité [446].

Le fantasme originaire naît de la scène primitive qui se forme de fantasmes inconscients que l'enfant construit à propos des relations sexuelles avec ses parents. C'est le sentiment d'exclusion qui est à la source du fantasme originaire. Freud propose trois fantasmes originaires. Nous avons déjà cité la scène primitive. Il cite par ailleurs la séduction et la castration [200]. D'autres auteurs dont J. Laplanche, G. Rosolato et F. Duparc en ont rajouté par la suite [319 ; 472].

« La première rencontre de l'enfant mâle avec ce qui visuellement devrait le conduire à admettre la différence des sexes provoque de sa part un refus. Il préfère un phantasme : tous les êtres humains ont un pénis, la femme aussi. Mais ce phantasme ne vient là que pour en tempérer un autre : celui de risquer d'être castré » [472].

Le fantasme nécessite un travail d'élaboration. S'il existe un fantasme originaire, cela implique qu'il existe un stade « pré-originaire »[472].

Dans le cas de l'imagination érotique, il imagine ce qui pourrait être et surréalise l'objet comme érotique et rêve ce qu'il voit. L'image fait donc intervenir la vision et la perception. Dans une caresse imaginaire par exemple, la personne perçoit l'effet que cela produit sur l'objet qui la reçoit [472].

L'imaginaire fait donc intervenir la fonction créatrice de la conscience.

Le fantasme se catégorise selon sa valeur érogénique (fantasme hédonique ou anxiogène), son rapport au temps (fantasme primaire : qui existe depuis longtemps, voire depuis l'enfance, lié aux premières excitations érotiques ; fantasme central : qui a la valeur la plus érogénique au moment actuel ; fantasme récurrent : répétition d'un même scénario même si les objets de la réalité changent), sa fonction d'excitation (endormissement, orgastique, masturbatoire), son degré de conscientisation (manifeste ou latent)[339].

Le fantasme a quatre grandes fonctions :

-hédonique : comble la fonction de plaisir, contribue à l'éveil, au maintien ou à l'activation de l'excitation érotique.

-complétive : comble les besoins psycho-affectifs, permet de consolider l'identité sexuelle, anticipe l'activité érotique, permet de se narcissiser, de dépasser pudeur, interdits, routine, d'intégrer érotismes fusionnels (tendresse, amour) et érotismes antifusionnels (agressivité, domination, hostilité).

-compensatoire : corrige une réalité inaccessible ou insatisfaisante, évite le passage à l'acte, permet d'accepter les interdits sociaux, donne une illusion de puissance, compense solitude et vide affectif.

-défensive : convertit un conflit d'enfance en victoire (victime devient agresseur), falsifie la réalité, surmonte une situation dépressive, évacue des pulsions sexuelles[339].

Le développement du fantasme va de pair avec le refoulement.

Le but de l'éducation serait de limiter la prolongation de l'auto-érotisme dans le temps, car ceci rendrait la pulsion sexuelle impossible à contrôler et à être utilisée ultérieurement[196].

Pour M. Perron-Borelli et R. Perron, la matrice originelle du fantasme représente l'écart nécessaire entre relation direct avec l'objet (première satisfaction de tétée du sein) et répétition auto-érotique de cette satisfaction (succion du pouce)[430].

Dans les fantasmes de l'adolescent, celui-ci met en scène son initiation à la vie sexuelle allo-érotique « par le parent du sexe opposé dans le but non seulement de le sauver des prétendues nuisances de l'onanisme, mais surtout de le libérer du mode de satisfaction sexuelle qu'il considère comme étant propre à l'enfant » [446]. Les fantasmes étant vécus comme coupables et honteux, l'activité masturbatoire est source de culpabilité et de honte. Que ces fantasmes soient hétérosexuels ou homosexuels, ouvertement incestueux ou déplacés ou sado-masochiques de type anal, ceux-ci sont des couvertures défensives contre les fantasmes oedipiens.

2.5.2 L'AUTO-EROTISME

L'érotisme n'est pas qu'un ensemble de manifestations visant la recherche du plaisir ou simplement d'une excitation génitale.

L'auto-érotisme signifie se donner du plaisir à soi-même. Cette activité est le plus souvent accompagnée de fantasmes à la période adulte. Le psychanalyste ne peut se dégager de ses propres pulsions et est continuellement irradié par elles. Il n'est donc jamais épuré de toute conflictualité, ce qui rend sa tâche très difficile.

Le terme « auto-érotisme » a été créé en 1898 par Henry Havelock Ellis. Il définit le terme comme ce qui regroupe les phénomènes d'émotion sexuelle spontanée produit en l'absence de tout stimulus externe soit direct, soit indirect. La source d'excitation serait alors exclusivement intra-corporelle et se décrit comme défense contre la relation d'objet. Pour H. H. Ellis, l'hystérie est une exagération du phénomène auto-érotique normal de l'orgasme pendant le sommeil, qui se manifeste par le débordement de ce phénomène dans la vie psychique de la veille [169]. Cette définition sera récusée par Freud un an plus tard.

Freud s'est concentré sur la masturbation génitale et sur le suçotement quant à la question d'auto-érotisme. L'allo-érotisme se substitue au cours du développement à l'auto-érotisme tout en subsistant sous la forme d'un courant indépendant [196].

Freud désigne par le terme d'auto-érotisme toute situation où « la pulsion n'est pas dirigée vers d'autres personnes » et où elle se satisfait dans le corps propre de l'individu » [200].

Pour J-M. Porret, l'auto-érotisme correspond à la couche la plus profonde de la sexualité et donc la plus ancienne dans l'évolution de l'individu. Il précède l'amour d'objet, donc l'allo-érotisme. L'auto-érotisme persiste sous la forme d'un courant indépendant, malgré la substitution par l'allo-érotisme. L'auto-érotisme se rattache donc à la sexualité infantile et au plaisir d'organe. Le fait qu'il soit disponible tout le long d'une existence en fait une source de renouvellement toujours possible de la sexualité [446].

L'auto-érotisme, dans sa forme primitive, ne possède pas de but psychosexuel. En effet, une simple sensation corporelle suffit à donner satisfaction sans nécessité d'une participation psychique, c'est-à-dire sans désir ou fantasme antérieur[339].

On distingue l'auto-érotisme sans et avec objet.

L'auto-érotisme fait intervenir les notions fondamentales suivantes. Le montage pulsionnel est constitué par la source, la poussée, le but et l'objet de la pulsion. L'objet est interchangeable. La pulsion sexuelle est de nature composite, c'est-à-dire qu'elle se décompose en plusieurs éléments provenant de différentes sources corporelles (zones érogènes). L'activité pulsionnelle fait allusion à une force constante imposée mouvante car variable en intensité et en quantité d'énergie qui l'anime (« fließender Quantität ») [199].

L'auto-érotisme est une série de phénomènes où le « corps remplace le monde extérieur » [446]. L'activité consciente est donc tournée vers l'intérieur du corps au lieu d'être dirigée vers le monde extérieur.

Pour S. Freud, il s'agit d'une manifestation sexuelle infantile, car son but est sous la domination d'une zone érogène. Pour Freud, l'objet sexuel devrait donc être localisé dans le monde extérieur et concernait une personne ou une partie du corps de celle-ci[196].

Pour Pedinielli (1994), toute addiction comme se piquer, manger, boire ou fumer est une forme spécifique d'auto-érotisme qui se substitue à une activité sexuelle impossible, car celle-ci suppose un investissement objectal menaçant pour le sujet. Il ne s'agit alors pas seulement de se protéger et de se soulager mais de se remplir, de faire « le plein de vie »[426].

Selon J. Laplanche, l'érogénéité du sein « contamine » cet objet d'autoconservation, en renfonçant le plaisir sexuel de succion et l'érogénéité de la zone oral au cours de l'allaitement et oriente le but sexuel de la pulsion orale de l'enfant depuis la zone corporelle érogène vers la psyché[319].

S. Freud va même jusqu'à dire que « le commerce de l'enfant avec la personne qui le soigne est pour lui une source continuelle d'excitation sexuelle et de satisfaction partant des zones érogènes, d'autant plus que cette dernière fait don à l'enfant de sentiments issus de sa propre vie sexuelle, le caresse, l'embrasse et le berce, et le prend tout à fait clairement comme substitut d'un objet sexuel à part entière. La mère serait probablement effrayée si on lui expliquait qu'avec toutes ses marques de tendresse elle éveille la pulsion sexuelle de son enfant et prépare son intensité future » [200].

L'incorporation psychique du sein érotique sous une forme primitive prend donc place.

Le suçotement implique que l'activité sexuelle s'est détachée de l'activité alimentaire. C'est au moment où le sein manque qu'intervient l'auto-érotisme oral primaire sans représentation. Cet objet partiel de l'investissement narcissique primitif est conçu comme attribut du corps propre de l'enfant et le manque du sein est donc vécu comme un manque narcissique d'une partie du corps propre et non comme absence d'une partie du corps de l'autre[200].

Après la naissance, pour éviter que l'enfant connaisse un surcroît d'excitation, il en revient à la mère de lui assurer des conditions proches de celles de la vie intra-utérine. L'émission du cri du bébé est contemporaine de cette tension intra-corporelle déplaisante en croissance qui ne peut plus être contrebalancée par le plaisir auto-érotique (de suçotement).

Les autres organisations prégénitales, anale et « scopique » de l'enfance trouvent à se satisfaire alternativement sur le corps de façon auto-érotique principalement, malgré qu'une partie d'entre elles utilisent un objet sexuel présent dans le monde extérieur.

La séparation de la relation « corps à corps » entre l'enfant et sa mère débouche sur la capacité de l'enfant de percevoir que la mère existe en dehors de lui, c'est-à-dire qu'elle est un objet total et indépendant de lui. De cette reconnaissance de la perte du sein maternel, s'ouvre la voie de la nécessité de faire exister l'objet maternel à l'intérieur

de la psyché, de l'introjecter sous forme de représentation, « afin de tolérer sans affres la séparation d'avec lui »[446].

Deux courants pulsionnels sont donc alors possibles. D'un côté, les pulsions partielles auto-érotiques trouvent satisfaction sur le corps propre de l'enfant par le suçotement, de l'autre, les pulsions partielles allo-érotiques obtiennent satisfaction sur le sein de la mère.

La correspondance psychique de type représentationnel caractérise le plaisir d'organe. Les liens entre l'objet auto-érotique, que ce soit le pouce ou les lèvres, la représentation de l'objet partiel (le sein maternel) et la représentation de l'objet total (la mère) sont alors établis.

« L'être humain en cours de croissance, dans ces formations de fantaisie concernant sa première enfance, cherche à brouiller la mémoire de son activité auto-érotique » [197]. Pour y arriver, il élève au niveau de l'amour d'objet les traces mnésiques laissées par l'auto-érotisme et construit après coup des fantasmes sur sa propre enfance sans référence à l'auto-érotisme infantile. Ces fantasmes vont jusqu'à l'invention de scènes de séduction ou d'attentats sexuels afin de falsifier le véritable tableau de l'activité sexuelle de l'enfance. C'est le mécanisme du refoulement des souvenirs de l'auto-érotisme infantile[197].

2.5.3 LE NARCISSISME

Le narcissisme est une phase du développement située entre l'auto-érotisme et l'amour d'objet. Selon S. Freud, l'individu rassemble en une unité ses pulsions sexuelles travaillant auto-érotiquement. « Il prendra d'abord soi-même, son propre corps, comme objet d'amour, avant de passer de celui-ci au choix d'objet d'une personne étrangère » [198]. Il y a donc unification des pulsions auto-érotiques avec un choix d'objet homosexuel. Cette unification survient lors de la phase phallique. L'individu choisit d'abord un objet d'amour avec des organes génitaux semblables pour passer ensuite à un choix hétérosexuel. « Le narcissisme est le complément libidinal à l'égoïsme des pulsions d'autoconservation » [446].

Conjointement au développement du narcissisme, se produit un remodelage des fantasmes auto-érotiques. Le but et le contenu de la pulsion peuvent changer tout comme l'objet peut se modifier. L'orientation de l'investissement se transforme. Quand le but de la pulsion se retourne sur le corps propre, on parle d'auto-érotisme. Il peut y avoir également un renversement des pulsions dans le contraire. Les pulsions sont alors déguisées en leur contraire, c'est-à-dire que l'activité peut se renverser en passivité, l'amour peut se renverser en haine[517], le narcissisme positif peut se renverser en narcissisme négatif. En s'installant, le contenu peut générer un conflit d'ambivalence. Est introduit ici la notion de dimension qualitative du narcissisme. Pour Freud, le narcissisme et l'auto-érotisme ont un rôle plutôt structurel que développemental par rapport aux pulsions[200].

Quant aux pulsions, certains auteurs comme Jung parlent de libido sexuelle versus libido non sexuelle alors que Freud associe une composante sexuelle à toute libido. Pour J-M. Porret, si lors d'une pathologie névrotique, il y a un investissement de la fonction d'autoconservation par la libido sexuelle, cela implique que le fonctionnement normal des pulsions d'autoconservation est assuré par une énergie libidinale autre que sexuelle. Selon J-M. Porret, « certaines pulsions sexuelles, qui se sont auparavant détachées des pulsions d'autoconservation et qui sont entrées ultérieurement en conflit avec le Moi, viennent investir lors du retour du refoulé une partie des pulsions d'autoconservation en transformant leur énergie libidinale

désexualisée, attachée à leur fonctionnement normal, en une libido sexuelle ou érotique » [446].

Freud cite que l'état de narcissisme originel caractérisé notamment par la satisfaction auto-érotique, ignore le monde extérieur. Ce monde serait « indifférent quant à la possibilité d'offrir satisfaction » et serait éventuellement rattaché au déplaisir engendré par certains stimuli. Malgré tout, le Moi reçoit des objets en provenance du monde extérieur, pulsions de conservation du Moi l'y amenant. Sous la domination du principe de plaisir, se développe en l'individu des changements. Il accueille dans son Moi les objets offerts, « dans la mesure où ils sont sources de plaisir, il s'introjecte ceux-ci et, d'un autre côté, expulse hors de lui ce qui, dans son intérieur propre, lui devient une occasion de déplaisir [199]. Le sujet est donc tiré hors de l'auto-érotisme par « le fait que les pulsions d'autoconservation ont besoin, pour être satisfaites, d'un « objet » extérieur au corps propre, cet « objet » de l'autoconservation montrant du même coup le chemin aux pulsions partielles allo-érotiques dans leur recherche des objets partiels externes contre lesquels sont échangés les objets auto-érotiques du corps propre » [446].

Ces objets qui procurent du plaisir pourront alors être incorporés dans le psychisme de l'individu sous forme de représentations. L'auto-érotisme est donc de retour mais cette fois avec fantasme.

Les pulsions érotiques et les pulsions de destructions s'intriquent en même temps que l'organisation unitaire du Moi. Cette unification contribue à augmenter le degré de structuration du narcissisme et ne s'effectue qu'à la phase phallique. Le narcissisme tire donc son origine dans l'auto-érotisme.

Qu'est-ce qui mène alors l'individu à se dégager de l'auto-érotisme ? « Les pulsions sexuelles exigeant d'emblée un objet, et les besoins des pulsions du Moi impossibles à jamais satisfaire auto-érotiquement, perturbent naturellement cet état et préparent les progrès » [199].

2.5.4 LE REFOULEMENT

Selon E. Kestemberg, il existe trois ordres d'organisations pathologiques[290] :

- l'ordre des imagos et des conflits : la névrose
- l'ordre fétichique : « la psychose froide* »
- l'ordre du délire : confusion entre objets externes et imagos.

Selon L. Israël, le refoulement est la voie névrotique, le rejet la voie psychotique et le déni la voie de la perversion[268].

Le rêve est l'expression déformée des représentations d'objets refoulés, qui ont conservé leurs investissements, qui ont subi une transformation sur un mode hallucinatoire et « qui sont parvenues à faire réaliser de manière camouflée dans le contenu onirique manifeste les désirs sexuels et infantiles qu'elles véhiculent » [446]. L'état de sommeil chez l'adulte comporte une régression narcissique. « Le Moi mature cherche à ramener sur lui tous les investissements d'objets, plus exactement à retirer leurs investissements à toutes les représentations d'objet qui l'habitent et même à toutes celles qui se situent hors de son domaine, dans l'inconscient extérieur à lui-même » [446].

Le refoulement originel (primaire) est la première opération par laquelle est fondé l'inconscient. Le refoulement secondaire désigne une opération par laquelle une représentation rejoint le système inconscient, donc les éléments déjà refoulés. Le sujet ignore certaines représentations pourtant influentes. Ces représentations structurent la vie fantasmatique[446].

Le refoulé secondaire met un frein à la régression narcissique, ce qui l'empêche d'aller jusqu'à la restauration du narcissisme primaire érotique absolu « qui prône l'autosuffisance du Moi à travers l'accomplissement du seul désir de dormir » [446]. Le bébé possède donc un sommeil sans rêve puisque le refoulement ne s'est pas encore développé. « Ce sommeil sans rêve est l'expression de l'action silencieuse des pulsions de destruction non intriquées qui exercent momentanément leur suprématie et qui

abaissent et maintiennent la tension intra-psychique au niveau proche de zéro. Dormir est mourir un peu » [446].

Une relation inter-psychique mère-bébé remplace progressivement une relation inter-corporelle. Ce processus évolutif dépend de la mère qui va réinvestir son époux en alternance à son enfant[446].

S'instaure progressivement une structure encadrante qui définit un espace psychique singulier. Ceci permettra à l'enfant de se traiter comme la mère le traite. Apparaîtra le Moi-Idéal où l'enfant établit un rapport idéal avec lui-même. « Cette auto-idéalisation primitive du Moi s'appuie sur des mécanismes d'incorporation et de réjection...Il instaure une ébauche de frontière entre lui-même et le monde extérieur et il maintient l'illusion d'une toute-puissance en réaction et en opposition au processus séparateur qui le conduit gentiment mais sûrement vers la désillusion, vers la perte de l'illusion d'omnipotence » [446]. Avec la constitution de ce Moi-Idéal, naîtra le sentiment d'identification avec le père, sollicité en réaction avec l'acceptation de cette perte. L'enfant élève alors le père au rang de figure idéale et inhibe le but sexuel de cet investissement.

« Le repli sur soi et sur l'auto-érotisme génital qui survient à l'adolescence engendre dans le Moi une contradiction entre préservation narcissique et blessure narcissique » [446]. D'un côté, il y a possibilité de se protéger contre les menaces qu'une relation fait peser sur l'individu par le « risque de déception affligeante, de refusement pulsionnel et de dépendance sans recours » [446]. De l'autre, se replier sur soi engendre une angoisse narcissique par le fait que l'individu ne peut trouver la voie vers une relation avec un autre et reflète ainsi dans l'esprit cette distance entre l'autre et soi faisant accroître le sentiment de solitude et témoigne de son incapacité à nouer des relations. Le risque suicidaire naît donc ainsi.

Se replier sur soi et avoir recours à l'auto-érotisme délivre l'individu de la crainte que ses propres pulsions aient des effets néfastes sur une autre personne. Ce repli évite que le sadisme soit dirigé dans la réalité vers un autre et redirige le patient vers une position auto-sadique. Dans ces instants de désespoir, si le sujet ne voit pas d'autre issue que de rester enfermé dans son auto-érotisme, le passage à l'acte suicidaire est possible.

De plus en plus, les rapports sexuels sont précoces et moins investis affectivement. J-M. Porret caractérise ce phénomène de régression anale-sadique sur la généralité. Ces aventures seraient liées à une exigence narcissique de se démarquer dans l'enfance et aux attaques anale-sadiques de parents voulant les souiller [446].

2.5.5 STADES DE FREUD ET CE QUI EN DECOULE

Les phases du développement libidinal des pulsions sexuelles, déjà citées précédemment sont : orale, anale-sadique, scopique, phallique et génitale [339].

Concernant l'organisation orale, la pulsion sexuelle orale s'étaye sur la fonction alimentaire pour aboutir à l'auto-érotisme oral, soit le suçotement d'une partie de son propre corps. Cette pulsion prend naissance dans la sphère corporelle orale et prend la forme d'une zone érogène. Le but sexuel est donc le plaisir de succion. L'acte de succion pousse la pulsion et provoque une sensation de satisfaction qui engendre du plaisir. Le plaisir de cet acte est dû à la suspension de la sensation désagréable d'excitation engendrée par la pulsion. La sphère orale n'a alors plus qu'une simple fonction alimentaire, mais une fonction d'activité sexuelle auto-érotique[200].

Les différentes pulsions partielles dans leur position auto-érotique « aspirent sans liens réciproques et indépendamment les unes des autres à l'acquisition du plaisir » [200]. Ceci donne donc naissance à un auto-érotisme non unifié qui marquerait le début de l'activité sexuelle infantile.

Au stade oral, l'activité sexuelle n'est pas encore séparée de l'ingestion d'aliments. Le but sexuel repose sur l'incorporation de l'objet. L'objet sexuel est alors le même que l'objet de l'autoconservation. Le sein est donc à la fois érotique en apportant apaisement à la tension interne croissante de l'enfant et source de lait. Citons ici la notion de coexcitation, c'est-à-dire que le bébé est attiré par le sein et proportionnellement la mère se laisse être attirée par son bébé. Il existe donc un phénomène de séduction de la mère au travers des soins qu'elle lui prodigue. « La mère donne la tétée et se fait téter par l'enfant » [446].

Il y a alors un investissement du Moi. On passe à la phase anale où l'importance de la masturbation anale est mise en avant par S. Freud[200]. L'étron peut être conservé à l'intérieur du corps à des fins de satisfaction auto-érotique anale. Une fois à l'extérieur, il prend le statut de déchet, d'objet dégoûtant. Il peut alors soit être le support du plaisir de salir, de souiller l'autre et/ou soi-même ou devenir un moyen

d'échange avec la mère à qui l'étron est offert en contrepartie de son amour. « Déjà là, le corps, et pas seulement l'objet anal qui en émane, est à même de devenir pour le moi une espèce de monde extérieur, au même titre que le sont l'inconscient et la réalité externe » [446]. La différenciation entre Moi psychique et Moi corporel a donc été réalisée. Le Moi psychique sera alors confronté à trois mondes extérieurs : à lui-même, soit le corps propre, à l'inconscient et à la réalité externe.

La survenue de la phase anale-sadique dépend de l'influence de l'environnement humain et de facteurs biologiques comme la maturation de l'innervation ano-rectale ainsi que de facteurs intra-psychiques variant d'un individu à l'autre. Les parents exercent une contrainte éducative sur l'acquisition du contrôle sphinctérien, ce qui fait prévaloir la fonction de maîtrise sur le corps qui s'étend à tout le système musculaire impliqué dans la motricité volontaire[339].

Cette fonction de maîtrise est une source de plaisir pour le Moi et la réussite de cette maîtrise conforte le Moi dans son narcissisme. Les selles sont investis de puissance et servent de médiateurs entre le sujet et le monde extérieur, dont la mère le plus souvent. Il peut lui être remis à sa demande. Cette phase implique la prise de conscience de gains et de pertes selon ses choix, qui sont à l'origine des couples domination-soumission, possession-dépossession, expulsion-rétention, activité-passivité, dévoilement-dissimulation. La problématique de la phase anale est donc ce rapport de force qui pousse l'enfant à faire des comparaisons incessantes entre dominant et dominé, actif et passif, grand et petit, fort et faible, riche et pauvre, etc.

Le refus de donner l'excrément réclamé par la mère lui procure un gain narcissique par ce pouvoir de domination. D'un autre côté, il sera privé de l'amour maternel que lui fournit cet échange. Accepter de donner l'excrément implique par contre une perte narcissique par le remplacement de la domination par une soumission humiliante[446].

L'expulsion des selles procure un plaisir (auto-érotique) par libération des tensions contrebalancé par la perte d'une précieuse partie de son corps, perçu comme sa propre création. Ce sentiment entre en conflit avec le sentiment de la mère qui veut lui arracher ses excréments qu'elle traite comme des déchets.

Ce conflit est source d'une angoisse de castration anale qui ne dure pas longtemps puisque les selles finissent par « repousser ». La rétention est donc un moyen de lutter contre cette angoisse et se venger de sa mère qui méprise ses « cadeaux ». La rétention procure en plus du plaisir qui se rajoute à ce pouvoir de domination de la mère[446].

La dissimulation, c'est-à-dire la rétention des selles est un mécanisme de défense contre l'angoisse de dévoilement de la castration anale humiliante, sert à prévenir l'apparition du sentiment de honte et à « sauvegarder le narcissisme fragilisé par les répercussions de la fixation anale » [446].

Le couple activité et passivité acquiert lors de la phase anale une importance particulière. Elle favorise la prédominance chez les individus des deux sexes. Ce couple entre en jeu dans le fantasme d'introjection anale du pénis paternel, fantasme ayant une valeur structurante pour le narcissisme et intervient également dans les pratiques du coït anal. Lors de cette pratique, la fixation à l'érotisme anal se manifeste par le « désir de dominer activement l'objet ou d'être dominé passivement par lui »[446].

L'érotisme fessier, présent chez certains enfants et entrant dans la catégorie des pratiques érotiques anales masochiques, peut prendre la forme d'une recherche répétée à se faire battre ou claquer sur les fesses[339].

La reconnaissance de l'objet anal joue implique de prendre conscience de la limite entre intérieur et extérieur du corps.

Lors de la phase phallique, les investissements s'orientent vers les organes génitaux externes. Cette phase touche la question de la différence anatomique des deux sexes. La recherche sexuelle infantile de « l'énigme posée par la différence entre les sexes » [446] stimule l'activité fantasmatique et vice versa. L'enfant croit que cette différence entre les sexes est due à la castration par le père et vient donc de l'idée de la possession universelle du pénis. Cette phase relie le pénis organe au phallus symbole du pouvoir de jouissance. Le père devient le rival principal pour le garçon qui perturbe l'activité auto-érotique de la phase phallique. Le plaisir de la masturbation du pénis est gâché car mise en rapport avec l'angoisse de castration.

L'exhibition du pénis est un phénomène courant lors de cette phase puisqu'elle procure une satisfaction narcissique ; l'autre devient témoin qu'il détient l'organe qui manque à la fille et surtout à la mère. Il existe concomitamment un mépris pour le sexe féminin. Toutefois, par rapport au père, l'enfant constate que la taille de son organe est inférieure et en découle une blessure narcissique pouvant temporairement être atténué par un déni* qui devra déboucher sur son acceptation et une envie du pénis paternel[446].

Le versant positif du complexe d'Œdipe sera d'accepter que « seul le volumineux pénis du père est apte à satisfaire sexuellement la mère ». Le père est donc à la fois envié, admiré, aimé, haï et redouté. L'enfant devra consoler son narcissisme en adoptant le point de vue qu'en grandissant, il finira par être doté d'un pénis aussi volumineux que celui du père[200].

L'angoisse de castration a pour effet de limiter le « recours au plaisir d'organe procuré par la masturbation du pénis et par conséquent pour effet d'assurer la sauvegarde du narcissisme corporel en préservant l'intégrité de ce même pénis » [446].

Chez la fille, le constat de l'infériorité de la taille du clitoris par rapport au pénis masculin engendre une blessure narcissique débouchant sur une envie de posséder un pénis. Il s'agit alors du complexe de masculinité de la fille. La haine envers la mère pourra se renforcer alors puisque la fille la prend comme cause de l'atteinte à son narcissisme. Ceci entraînera une orientation de son amour vers le père plutôt que vers la mère. La phase phallique correspond pour S. Freud à l'acceptation de la castration et à imaginer que la masturbation clitoridienne lui procure moins de plaisir que la masturbation du pénis apporte au garçon[200]. Croyant qu'elle ne peut rivaliser avec celui-ci, elle renoncera elle-même à cette activité auto-érotique.

Pour M. Klein, la fille reconnaît précocement l'existence du vagin et voit cet organe comme à la fois menaçant et menacé par « des attaques dirigées contre l'intérieur du corps » [297]. Cette théorie a été reprise par d'autres psychanalystes qui ont observé des actes masturbatoires à l'aide d'ustensiles insérés dans l'orifice vulvaire chez de jeunes filles.

Quoiqu'il en soit, la fille est moins vulnérable à l'intimidation des adultes quant à la coupure de son sexe et le père n'est pas pour elle un adversaire de l'activité masturbatoire. Certaines filles croient que se masturber peut endommager l'intérieur du corps et donc l'espace destiné aux bébés. Il s'agit plutôt d'une angoisse de pénétration[339].

L'angoisse de pénétration chez la fille ne vient pas seulement du pénis du père mais aussi de l'étron qui peut être vu comme conception. Renoncer au plaisir d'organe protège ainsi le narcissisme intra-corporel de la fille.

L'attention et l'amour que le père témoigne à sa fille sont d'importantes sources de satisfactions narcissiques. Elle prendra son corps entier comme un moyen de séduction, se mettant en valeur par sa vestimentation et les différents soins corporels. Cet investissement narcissique est une manière de lutter contre l'angoisse de pénétration et deviendra plus assuré avec le renoncement aux désirs oedipiens infantiles et avec « l'érotisation des capacités réceptrices du vagin désormais délivré de sa référence cloacale » [446].

Le fantasme de la fille de faire un enfant avec son père sert à dédommager momentanément son manque de pénis.

Le complexe d'Œdipe est refoulé dans les deux sexes grâce aux identifications secondaires : à l'Idéal du Moi des deux parents, au Surmoi du père « le Surmoi ainsi constitué devient le dépositaire d'une fonction déssexualisante qui procède à la transformation d'une part des désirs érotiques oedipiens (amoureux et agressifs) en identifications secondaires au père et à la mère » [446].

L'identification au rival haï, dans les deux sexes, permettant de surmonter et de transformer les désirs d'élimination de ces rivaux, est l'élément qui permet au garçon de s'identifier au père, assurant ainsi la masculinité narcissique et à la fille de s'identifier à la mère, assurant ainsi sa féminité narcissique. Si les parents sont aptes à se proposer comme objets d'identification et si le sexe de l'enfant est accepté, investi et représenté dans les fantasmes des parents, ce dépassement du complexe d'Œdipe peut avoir lieu.

Ces phénomènes d'identifications secondaires contribuent à la stabilisation du narcissisme et à la cicatrisation de la blessure narcissique provoquée par l'impossibilité de satisfaire à la sexualité infantile, même si cette « cicatrice narcissique continue d'être le lieu d'émanation d'une douleur sourde qui persistera la vie durant dans les profondeurs du Moi » [446].

Durant la vie, le Moi pourra se replier sur les bases auto-érotiques et narcissiques dans le cas où l'objet externe investi refuse de lui accorder la satisfaction pulsionnelle qu'il recherche.

Au cours de l'adolescence, les fantasmes sexuels conscients ne sont pas communiqués par l'enfant et sont maintenus inaccessibles aux adultes. Ceci confirme l'expérience de la possession d'un monde interne, d'une intimité psychique impénétrable[339].

La fille devra abandonner définitivement la conception cloacale et distinguer vagin et anus pour développer correctement les capacités érogènes réceptrices du vagin. Pour que cette réceptivité et ce désir d'être pénétrée soient investis, il faut qu'elle puisse d'abord le fantasmer par derrière.

De nos jours, plus d'adolescentes vivent l'amour objectal après coup sur l'acte hétérosexuel, alors qu'auparavant était privilégié la tendance inverse, c'est-à-dire l'étayage de l'acte hétérosexuel sur l'amour objectal. Cette attitude concourt-elle davantage à leur épanouissement ?

2.6 NEVROSE ET SEXUALITE

La vie civilisée moderne a fait répandre avec son expansion la « maladie nerveuse » [165]. Dès le début du XXème siècle, les psychiatres sont en accord avec le lien entre la modernisation, c'est-à-dire l'urbanisation, la pression sociale culturelle et la névrose.

On place sous l'enseigne de la « névrose » l'hystérie, la névrose obsessionnelle, la névrose d'angoisse et la névrose phobique. Le terme de névrose désigne un type de troubles constatables et un mode particulier d'organisation psychique, défini en psychanalyse par la notion de refoulement oedipien[426].

Elles s'opposent aux psychoses principalement par le fait qu'il n'y a pas de perturbation du rapport à la réalité ni du sentiment d'identité.

Le patient ressent ses symptômes comme des phénomènes indésirables en rupture avec l'idée qu'il se fait de lui-même. Le névrosé se rend compte que ses symptômes sont pathologiques, mais se sent incapable de lutter contre eux. Il est fréquemment angoissé et sa vie affective, professionnelle et sexuelle s'en trouve limitée.

Selon Ehrenfels, l'opposition mentale entre constitution et exigences culturelles est à la source de la névrose[165].

D'une part l'individu prétend à jouir de la vie et la luxure se développe. Les mœurs ont évolués, le rythme de vie s'est accéléré. Les activités que l'individu pratique dans sa vie courante le mettent à plat ; on voyage pour affaire, on ne dort plus pour travailler, on court d'un lieu à un autre dans le but d'assouvir les besoins de la société. L'individu cherche donc de plus en plus des stimulations et des plaisirs de plus en plus épicés. Cette nouvelle conquête du plaisir en plein essor est épuisante et la recherche de la détente fatigue davantage (neurasthénie). Les limites éthiques érigées par nos ancêtres sont ainsi effleurées, dépassées, voire violées. Par contre, ces activités non consensuelles font objet de réprobation, de refoulement et de multiples mécanismes de défense se mettent alors en place pour maîtriser ses pulsions.

Ceux qui n'y arrivent pas sont dits « névrosés »[426]. La répression nocive de la vie sexuelle des peuples est à la source de l'état de malade nerveux [201].

Freud distingue les névroses proprement dites des psychonévroses*. Dans les névroses, les facteurs physiques ou psychiques semblent être de nature toxique et se comportent comme un excès ou une privation de « certains poisons nerveux ». Ce sont les neurasthénies. Ceux-ci ne nécessitent pas d'affection héréditaire sous-jacente et l'étiologie sexuelle particulière qui y correspond peut être, selon lui, facilement décelée[201].

Dans les psychonévroses, Freud cite que l'influence de l'hérédité est plus importante et la psychanalyse sert à déceler les représentations inconscientes refoulées dont les symptômes sont psychogènes (hystérie, névrose obsessionnelle, etc.) Ces psychonévroses prennent, selon lui, racine dans des besoins sexuels insatisfaits et représentent une sorte de substitut de satisfaction. L'accroissement de la « maladie nerveuse » va donc de pair avec le développement des influences nocives exercées sur la vie sexuelle[201].

Quand une pulsion sexuelle est intense, mais perverse, deux issues sont possibles. Soit l'individu reste pervers et supporte les conséquences de sa déviation par rapport à sa culture, soit il réprime ses pulsions et alors ceux-ci s'extériorisent d'autres manières. La substitution qui suit la répression d'une pulsion est à la source de la névrose. Les pulsions sont pour ainsi dire réprimées seulement qu'en apparence et les forces utilisées pour cette répression rendent l'individu « malade »[201].

« Tous ceux qui veulent être plus nobles que leur permet leur constitution succombent à la névrose » [196]. « La névrose est le négatif de la perversion » [200]. L'hystérie est allo-érotique et se manifeste selon Freud, par une identification à la personne aimée. « La crise hystérique est destinée à servir de substitut à une satisfaction auto-érotique que le sujet se donnait autrefois mais à laquelle il a renoncé depuis » [201].

Tous peuvent un jour avoir des idées hypochondriaques, des somatisations ou des douleurs psychogènes se rapprochant de ce que ressentent les névrosés. Le caractère pathologique de cette maladie réside dans le fait qu'il ne s'agit plus de phénomènes transitoires mais de « constantes qui limitent la vie des sujets et leurs capacités de plaisir » [426].

Certains troubles de la pensée sont présents dans les névroses. On distingue les croyances irrationnelles (obsessions, phobies, certains symptômes hypochondriaques ou hystériques), les pensées incontrôlées (obsession, compulsion), les ruminations mentales, la majoration du moindre soucis, les interrogations négatives sur l'avenir. Ces phénomènes cognitifs perturbent la vie mentale et bercent les idées dépressives dans la pensée. Par ailleurs, le doute est retrouvé dans le vécu, la pensée et les attitudes du névrosé, qui contrairement au psychotique qui lui, est convaincu et qui vit dans une certitude inébranlable, n'est jamais réellement sûr de ce qu'il pense. L'insécurité accompagne fréquemment l'angoisse[426].

Les mécanismes de défenses fréquemment utilisés sont l'identification, l'agression passive, l'anticipation, l'annulation, le déni, l'intellectualisation, le refoulement, la rationalisation, l'isolation des affects, l'idéalisation, la répression et le clivage*. Quoiqu'il en soit, ces mécanismes ne sont pas spécifiques de la névrose[50]. Le refoulement des désirs oedipiens est le mécanisme central de la névrose pour S. Freud[201].

Chez l'hystérique, les stades suivants sont décrits par S. Freud :

- a) satisfaction auto-érotique sans contenu de représentation,
- b) la même satisfaction auto-érotique en liaison avec un fantasme,
- c) renoncement à l'action mais conservation du fantasme,
- d) refoulement du fantasme qui reste soit inchangé soit se modifie pour s'adapter à de nouvelles impressions de la vie,
- e) éventuellement, restitution de l'action de satisfaction dont il avait perdu l'habitude[201].

« Le fantasme ayant accompagné l'activité masturbatoire de l'enfance est devenu, du fait qu'il a été refoulé, le vecteur de la conservation de cette même activité masturbatoire dans la mémoire consciente » [446]. Le retour du fantasme refoulé se traduit par la crise d'hystérie qui joue alors le rôle de substitut de la satisfaction masturbatoire infantile et est une restitution mnésique dissimulée de celle-ci.

Chez les névrosés, il existe des blocages répétitifs liés à l'acte de pénétration dans l'union avec un objet externe et une tension intra-psychique liée à l'impossibilité de tirer un plaisir érotique de la pénétration. Ces patients ont donc plus souvent de plaisir dans la masturbation que dans l'acte hétérosexuel[426].

Les angoisses chez la femme sont centrées sur le corps entier et sur son espace intérieur alors que chez l'homme, le point d'intérêt est le pénis [373].

Quant à la paranoïa, celle-ci redéfinit les identifications établies et rétablit les personnes que l'on a aimées dans l'enfance pour scinder ainsi le Moi en plusieurs personnes étrangères. La paranoïa serait donc le fruit d'une régression à l'auto-érotisme infantile, phase de la sexualité dite perverse car non unifiée ; chacune des zones érogènes trouve sa satisfaction auto-érotique indépendamment des autres[426]. Pour S. Freud comme pour Ferenzci, la paranoïa occupe une position entre la névrose et la démence précoce. Il y a une projection des affects[183].

Chez l'obsessionnel, le fantasme d'avoir tué pour toujours le père domine. C'est cette conviction qui fait de l'enfant un héros pour le désir de sa mère et qui du même coup évite la remise en cause de la castration, considérée comme réglée, qui est entretenue par la curiosité obsessionnelle[426].

Le névrosé se sert de modes de déplacement comme la conversion*, le transfert* et la substitution* pour se débarrasser des affects devenus gênants alors que le dément retire son intérêt des objets du monde extérieur en général pour les ramener dans le Moi (auto-érotisme)[426].

Le paranoïaque utilise ce mécanisme contre un choix d'objet homosexuel. Freud[201], Ferenczi[184] et Maeder [426] ont trouvé des « tendances homosexuelles indiscutables » sous les délires de persécution des déments paranoïaques. La paranoïa ne serait donc qu'une déformation de l'homosexualité et l'impuissance que ces hommes connaissent ne serait qu'une conséquence de cette homosexualité inconsciente.

Certaines anorexies hystériques ou phobies alimentaires peuvent être mis en relation avec la libidinalisation des pulsions d'autoconservation.

Les symptômes névrotiques dévoilent « ouvertement le fonctionnement pathologique des pulsions d'autoconservation narcissiques » [446].

Pour Freud comme pour Lacan, le regard devait être compté parmi les zones érogènes du fait des connexions entre regarder et les autres pulsions, rendant possible le transfert de l'excitation d'une zone à l'autre[310]. Lors de la névrose obsessionnelle et dans la névrose hystéro-phobique, « la pulsion de regarder a des connexions privilégiées avec la pulsion anale et la pulsion phallique » [426].

Quant aux différentes réponses à la névrose, on note en tête de file l'alcool, qui est décrit par Ferenczi comme « médicament » de la névrose[184]. Un déficit de substances endogènes de plaisir pose la nécessité du recours à des substances exogènes. La consommation d'un produit comme l'alcool n'est alors « qu'une tentative inconsciente d'autotraitement palliatif par empoisonnement de la censure » [184]. Freud parle de suppression des dépenses en refoulement obtenue par un moyen toxique [202].

C'est donc un apaisement momentané d'une souffrance psychique créant de l'agitation que l'individu recherche au travers de l'intoxication. Cette intoxication peut prendre plusieurs formes et l'addiction peut être à l'alcool, à des drogues ou bien à des comportements comme jeûner ou avoir recours à la masturbation. « L'esprit s'est scindé en deux pour survivre, l'une s'occupant de traiter l'autre » [184].

La souffrance psychique, causée par un conflit interne due à des pulsions sexuelles incompatibles avec sa propre moralité doit alors être annulée par le « poison de la censure intellectuelle ou morale » [184].

Edward Glover parle des drogues comme d'une « contre-substance externe qui guérit par destruction ». Les drogues aident en effet à « tuer » les images mentales de situations ou de personnes qui représentent des tableaux obsessionnels pour la personne [216]. On s'empoisonne donc pour se délivrer d'un empoisonnement « psychique ».

L'addiction serait donc une conséquence aux névroses. L'individu vie en déformant la réalité de son existence intérieure et/ou extérieure. Celui qui reste seul doit s'aider lui-même en se clivant en celui qui aide l'autre partie qui doit être aidé[184]. La cure avec l'aide d'un thérapeute peut donc palier momentanément à cette solitude, mais le thérapeute peut à son tour devenir l'addiction.

La névrose se constitue comme étant une forme d'adaptation de l'individu et masque une détresse beaucoup plus archaïque. L'analyse de la sexualité et du conflit psychique lié à la sexualité infantile n'a pas lieu d'être si le patient « n'est pas assuré de sa propre existence, de sa survie et de son identité ». En effet, les traumatismes ont interrompu la « persistance dans l'être » [573]. Lorsque ces traumatismes sont réveillés, les sensations d'annihilation*, de liquéfaction* ou d'effacement de soi font surface. Ce sentiment d'être est ce que recherche les addicts, d'où leur éventuel accrochage à l'analyste.

La nature de la drogue ne doit pas être au centre du point d'attention, mais plutôt les raisons psychiques du phénomène compulsif, la fonction psychique à l'origine d'un constant recours à tel produit ou à tel comportement. Le sevrage d'un produit peut donc dériver sur une intoxication alternative si les souffrances psychiques sous-jacentes ne sont pas soignées. La psychose étant « la tentative de révolte désespérée » quand tous les autres mécanismes de défenses sont dépassés et toutes les techniques de survie psychique obsolètes. Ferenczi cite les addictions comme dernier rempart avant la folie[184].

La réponse névrotique à la dépression, qui implique une incapacité à élaborer les pertes successives dont le sujet est l'objet, est du registre de la castration. « Les étayages internes sont mis à l'épreuve et ont besoin d'être relayés par des éléments externes. La re-sexualisation des pulsions doit alors opérer, en acceptant notamment que le fantasme se limite à ce qu'il est, à savoir une production qui ne nécessite pas de réalisation »[187].

2.7 PSYCHOSE ET SEXUALITE

La schizophrénie est la mère des psychoses. Les patients atteints présentent des distorsions de leurs pensées et de leurs perceptions. Il existe une perte de contact avec la réalité et une rupture avec un mode de raisonnement dit normal. La pensée, les perceptions sensorielles, l'humeur ainsi que certains mouvements sont perturbés.

On distingue les symptômes positifs traduisant une distorsion de la pensée et des comportements :

- pensées délirantes,
- hallucinations,
- incohérence des propos,
- comportement désorganisé ou catatonique.

Les symptômes négatifs traduisent l'absence de réponses comportementales « normales » attendues :

- expression réduite ou inexistante d'une émotion,
- discours appauvri,
- difficultés d'initiation de comportements volontaires,
- troubles mnésiques[182].

L'origine génétique de ce type de pathologie est mise en avant par le fait qu'il existe des formes familiales de schizophrénie. On parle également de susceptibilité génétique à certains facteurs environnementaux agissant comme facteurs déclenchants. Il a été démontré que les axones du cortex cérébral des schizophrènes présentent des troubles de la myélinisation, mais ce phénomène ne peut être défini comme cause ou conséquence de la maladie. L'organisation cérébrale des schizophrènes semble traduire un défaut de migration des neurones au cours du développement. L'hypothèse dopaminergique des troubles implique que l'état psychotique serait en rapport avec un excès de catécholamines au niveau cérébral. Une activation des récepteurs dopaminergiques entraîne des épisodes psychotiques[182].

Par ailleurs, le glutamate serait un des neurotransmetteurs en cause dans la schizophrénie. En effet, il s'agit d'un neurotransmetteur de la signalisation excitatrice rapide au niveau du système nerveux par le biais des récepteurs NMDA. L'inhibition de ces récepteurs par un blocage synaptique entraîne l'expression de symptômes psychotiques[96].

Quand il s'agit de décrire les troubles sexuels dont sont atteints les patients psychotiques, le registre est large et sujet à différentes interprétations.

Pour ce qui est des traumatismes sexuels ayant induit une psychose, les abus sexuels et l'inceste sont en tête de file. En effet, l'esprit lutte, comme nous le verrons plus tard de toutes ses forces contre la psychose, mais parfois certains individus, potentiellement prédisposés et déficitaires d'un cadre assez solide tombe dans la « catastrophe psychotique »[472].

Lors du rapport incestueux, se forme un véritable traumatisme chez l'enfant qui se manifeste une fois la prise de conscience des faits est possible, soit lors de l'adolescence, soit à l'âge adulte. L'enfant est mené à développer une culpabilité. L'image du père est celui qui apporte le « bon » et les dérives sexuelles qui ont eu lieu dans le passé sont dues, selon l'enfant devenu grand, à la tendresse de ses rapports avec lui. Cette culpabilité croissante se transforme en haine avec l'âge, pour tout objet séducteur. Le mécanisme de défense est appelé « introjection de l'agresseur ». A un point donné de la vie, il arrive que l'esprit se clive et trouve refuge dans la « mort ». On parle de dépersonnalisation, car les événements font désormais parti du dehors. L'enfant traumatisé n'est plus. Les regrets, l'angoisse, les autres mécanismes de défense n'ont alors plus lieu d'être et l'esprit est en quelque sorte sauvé, s'étant réfugié dans la psychose. Cette partie clivée redirige toute sa compréhension vers l'agresseur. La patiente psychotique trouve normal que la tension accumulée chez l'agresseur se décharge de telle façon[50].

L'inhibition de la pensée et des fonctions de représentation forment le « noyau psychotique fondamental » [226]. Ce stade précède la psychose, car il n'y a encore pas de délire. Il existe un déni de la réalité portant sur l'existence d'un objet interne distinct du sujet qu'on qualifie de désobjectalisation et une hypertrophie du Soi (auto-érotisme) qui brise le Moi par un clivage avec la névrose infantile [428].

La psychose de l'adolescent tourne, selon F. Ladame, autour de la maturation du corps sexué. La plupart des autres auteurs ne différencient pas la psychose de l'adolescent de celle de l'adulte[313].

Selon Laufer, trois formes de fonctionnement psychotique existent chez l'adolescent[322] :

1. un épisode psychotique cautionne une rupture avec la réalité et s'installe alors une compulsion visant à changer l'image du corps : anorexie, obésité, addictions.
2. La construction d'une néo-réalité après implosion, c'est-à-dire après effondrement des mécanismes de défenses, marquant un état psychotique constitué.
3. Un noyau psychotique ou des troubles limites de la psychose permettant l'économie d'une néo-réalité délirante. La distorsion de la réalité de l'image du corps « génital » peut alors évoluer vers le développement de perversions.

Le lien entre psychose et perversion est donc une rupture du développement psychique.

La population schizophrénique représente une portion plus à risque d'ingestion intentionnelle de corps étrangers de la population générale [206]. Le diagnostic sera d'autant plus difficile que ces patients ne feront pas nécessairement le lien entre leur comportement et les symptômes ressentis (douleurs abdominales, ténesmes, épreintes, etc.).

Il arrive également que des patients psychotiques s'auto-mutilent au niveau des parties génitales lors d'un épisode délirant [82].

Cette population présente en effet parfois des comportements bizarroïdes avec un risque somatique. L'utilisation de corps étrangers a été citée dans la littérature avec l'insertion d'aiguilles sous la peau, d'insertion d'outils dans la cavité vaginale [403] ou d'instruments divers dans le rectum suite à des délirs de différentes natures (attaques des selles, nettoyage intérieur du cosmos, etc.).

2.8 TROUBLES SEXUELS

Il serait trop simple de réduire les troubles sexuels à des erreurs d'apprentissage (fautes parentales, conservatisme ecclésiastique, manque sur l'éducation sexuelle à l'école), à des distorsions cognitives ou à des interférences purement conscientes. La signification inconsciente des troubles dépasse dans nombre de cas l'accès à une simple rééducation ou reconditionnement. Une névrose ou une psychose sous-jacente se manifeste-t-elle par un trouble sexuel ? Ou plutôt, un trouble sexuel diagnostiqué comme pathologie est-il à son tour un symptôme d'un trouble sexuel plus généralisé ? Malheureusement, l'analyse des patients présentant des troubles sexuels, des perversions ou acteurs de crimes sexuels ont une psyché difficilement pénétrable et l'étude du fonctionnement de leur auto-érotisme reste un domaine encore mystérieux et non élucidé entièrement.

Selon Freud, les dommages causés à la vie sexuelle sont la source la plus importante de maladies névrotiques [196]. D'autre part, comme nos civilisations sont construites sur la répression des pulsions, chaque individu doit céder une partie de ses tendances « naturelles » pour être accepté par la société. La part de renoncement au plaisir est sacrifiée à la divinité. Malheureusement, le monde évolue et nous évoluons avec lui. Les comportements du XIX^{ème} siècle ne sont pas nécessairement superposables à ceux du XXI^{ème} siècle.

Pour McDougall, les traumatismes de l'enfance sont à l'origine des troubles sexuels [373]. Il cite la masturbation déviante comme l'impossibilité chez la femme d'utiliser ses mains suite à des châtiments sévères subis dans l'enfance. Ces femmes se voient donc forcées d'utiliser des objets durs ou blessants dans leurs activités érotiques [373].

Par le mécanisme de sublimation, c'est-à-dire la capacité d'échanger le but qui est à l'origine sexuel contre un autre but non sexuel mais psychiquement apparenté, peuvent se figer les pulsions sexuelles et se métamorphoser en troubles sexuels ou perversions. Plusieurs psychiatres se sont consacrés à analyser les comportements des délinquants sexuels et des prisonniers incarcérés pour crimes sexuels, mais les extrapolations à la population générale sont-elles possibles ?

Selon la théorie sexanalytique, le patient sera amené à surmonter graduellement les anxiétés qui le perturbent via l'imaginaire puis ensuite dans la réalité. Se rendre compte des discontinuités entre l'imaginaire et le réel fait partie du plan thérapeutique, vaste champ à la source de polémiques nationales. Faut-il réprimer ? Faut-il soigner ? Faut-il éliminer ? Les questions d'ordre politique et juridique interfèrent sans cesse avec le champ médical.

Selon Freud, c'est le clivage entre le fonctionnement instinctuel, le plaisir sexuel et la représentation fantasmatique qui se creuse qui génère la déviance[201]. Ces modifications peuvent-elles être liées à des désordres génétiques ou biologiques ? Quelle part l'environnement et l'éducation prend-elle dans la construction des déviances ? Tant de questions qui restent sans réponses, tant de dilemmes qui restent sans solution. Le champ d'analyse des perversions est en plein essor du fait de la croissance exponentielle des délits et crimes sexuels dans une société laissant petit à petit tomber les tabous et ouvrir au grand public les portes de son inconscient social. Ce qui était secret de famille est maintenant de plus en plus partagé. Le boom informatique a permis le partage d'expériences anonymes, l'explosion de l'aire du sexe virtuel, la banalisation de l'érotisme violent et l'exposition incessante de l'inceste, du voyeurisme, du viol et des autres versants de la sexualité jusqu'à la rendre accessible à tous.

Dans les moments de détresse et de fragilité affective, l'être humain sera tenté de recréer l'état fusionnel primaire maternel à travers ses fantasmes et certaines conduites « symbiotiques ». La recherche du lien fusionnel nous rejoint dans nos racines les plus profondes et fait partie d'un de nos besoins fondamentaux. En effet, parfois dans des cas où la masculinité se trouve ébranlée, l'homme va se trouver dans un état de grande vulnérabilité affective et prendra des allures plus féminines comme si cette féminité était le refuge contre le danger d'éclatement affectif. Grâce aux développements en matière de chirurgie et d'hormonothérapie, l'homme est maintenant libre de se modifier physiquement pour vivre ses pulsions pleinement. Le transsexualisme est de plus en plus répandu et de moins en moins vu comme un état pathologique.

Une étude de Oliveira Junior & Najjar Abdo de l'université de San Paulo au Brésil portant sur 7 022 individus nous révèle que plus d'hommes (52,3%) que de femmes (30,4%) présentent un comportement sexuel non conventionnel (fétichisme, voyeurisme, inceste, ménage à trois, exhibitionnisme, sadomasochisme, sexe de groupe, prostitution, zoophilie, échangeisme). Le fétichisme et le voyeurisme sont les comportements les plus souvent retrouvés. Ils concluent que ces comportements sexuels non conventionnels et paraphiliques sont associés avec un mauvais état de santé et un niveau d'éducation bas. En effet, selon leur échantillon, les personnes participant à ce genre de pratique sont le plus souvent alcooliques ou alcoolo-tabagiques[415].

Plusieurs études nous laissent croire que les hommes sont plus vulnérables aux paraphilies [58] à l'hypersexualité pathologique [78] et aux agressions sexuelles [301].

Le domaine de la sexualité étant en pleine expansion, la discussion du médecin et sa relation avec son patient, quelque soit son âge ou son statut politico-social, ne peut s'arrêter aux portes du pubis. L'exploration des pulsions, des envies, des côtés « obscurs » de l'individu doit entrer dans le cadre d'un examen clinique complet et d'un suivi du patient au long cours pour son bien-être physique, psychique et moral.

2.8.1 PERVERSIONS SEXUELLES

La perversion* est un fantasme mis en acte, une structure de défense progressivement érigée avec le temps dans le but de préserver le plaisir érotique. Le désir de préserver cette jouissance s'explique du fait que le plaisir physique qui est extrême de par sa nature ne demande qu'à se répéter ainsi que du fait de la nécessité de préserver l'identité du sujet. La perversion se définit donc par une déviance d'une pulsion sexuelle et ne peut se percevoir indépendamment de l'environnement de l'individu[50].

Selon une étude de Kafka et Hennen en 2002, portant sur 120 patients, on retrouve plus d'abus dans l'enfance, un niveau d'éducation plus bas, une tendance à des problèmes d'apprentissage, plus d'hospitalisations et d'abus de substance, plus de chômage et plus de contact avec le milieu carcéral chez les patients dits « pervers » ou paraphiles[281].

L'être humain est mené à s'écarter de la conception monogame hétérosexuelle paralysante et restrictive. Dû à cette constante pression sociétale à suivre le « droit chemin », l'individu est amené à cacher ses activités et apprend avec l'âge à tromper autrui. Ces pulsions restent donc incarcérées dans un coin de l'esprit, faisant de temps à autre surface. Le développement de la psyché fait que des dérives sexuelles se déclenchent, assouvissant ainsi les pulsions intériorisées de l'individu et se répètent. Selon les psychanalystes classiques, cette extériorisation est souvent associée à un grand sentiment de culpabilité et les actes dits « pervers » prennent racine dans la prime enfance.

Selon Freud, les individus qui s'efforcent de ne pas être pervers sont voués à la névrose alors que ceux qui refusent de se plier à la même conduite sexuelle dictée par les préceptes moraux de la société sont dits pervers[201]. Notre système de pensée sociale est-elle défectueuse ? La société essaye-t-elle de nier la nature profonde de l'être humain ?

Selon E. Dupré (1912), les traits de caractère du pervers sont l'innéité, l'amoralité, la malignité, l'inadaptabilité et l'irréductibilité[159].

Selon L. Israël, la perversion prend racine dans le déni. En effet, quelqu'un est pervers s'il dit être attiré par l'autre parce qu'elle (ou il) est désirable. Il dénie alors la vérité qui veut qu'il désire parce qu'il est désirant. Il cite le fétichisme, c'est-à-dire considérer une partie d'un tout comme objet érotique, comme étant la perversion la plus pure. Toutes les autres prendraient d'autres formes mais l'objet de désir reste un fétiche[268].

Selon Rosolato, le désaveu est à la source de la perversion. Le pervers refuserait la réalité de la différence entre les sexes. L'horreur de la castration éprouvée par le fait d'accepter la différence des sexes se manifeste par le dégoût pour l'homme du sexe féminin. La scène initiale révélant au garçon cette différence est refoulée et les circonstances du traumatisme visuel sont déplacées sur un fétiche[472].

« En poursuivant l'acmé sexuelle en tant qu'orgasme et éjaculation de l'homme, même chez l'autre, quel que soit son sexe, le pervers recherche la manifestation visible de l'invisible, l'événement par excellence du seul sexe qui soit, pour lui : celui de l'homme » [472]. Ceci expliquerait la rareté du fétichisme chez la femme.

Il y a-t-il des prédispositions génétiques ? Il y a-t-il un type d'éducation plus dangereux ? Ou d'un autre point de vue, les normes de nos sociétés sont-elles à redéfinir ? Les fondements de nos sociétés sont-elles basées sur des principes contraires à la nature de l'homme ?

Sur le plan psychanalytique, on cherche à voir au travers de la rencontre entre la pulsion, le dedans, et la perception, le dehors.

Le rôle de la mère dans le développement de la perversion chez son enfant est indéniable. La mère doit offrir à son enfant une présence psychique et des réactions adaptées aux variations d'humeur de son enfant pour qu'il ne soit pas hanté par une menace d'abandon. Chez nombre de pervers, on retrouve des comportements maternels inadéquats. Une mère absente ou au contraire trop excitante ne pourra apporter l'apaisement que l'enfant recherche. Nombre de patients ont participé aux violences et débordements sexuels de leurs parents, ce qui bien entendu ne sera resté sans conséquences[472].

Le caractère compulsif de l'acte pervers est indéniable. La répétition de l'acte témoigne de l'exigence émanant d'une nécessité intérieure.

Le plaisir n'est pas qu'une simple satisfaction de décharge. Au début du siècle, les psychanalystes, dont Freud, ont lié la surcharge d'excitation non gérable par le Moi à une répétition d'un traumatisme initial. Cette répétition du traumatisme se manifeste alors en rêve dans une tentative de liaison de l'énergie et de maîtrise. Il existe donc un travail inconscient drainant une partie de l'énergie psychique pour lutter contre l'éclosion de ce traumatisme. Il existe conséquemment un automatisme de répétition qui cherche à retrouver l'état antérieur de non-séparation après la scission entre sujet et objet (la mère). Le plaisir devient alors un moyen d'établir des liaisons entre l'objet externe séparé et le sujet afin de réduire les tensions, qui s'ils s'accumulent deviennent durement maîtrisables[201].

Selon Freud, le fétichisme implique un clivage du Moi, comme au cours des violences sexuelles et autres perversions que nous verrons plus loin. En effet, cette perversion pure oppose deux positions contradictoires. D'une part, la femme a un pénis comme tout le monde et il n'y a donc pas de crainte à avoir. D'autre part, la femme n'en a pas et il y a un risque de perdre le sien. Le clivage reposerait donc sur un déni de la réalité. Une partie du Moi, la partie la plus fragile (donc la plus violente) est mis à l'écart pour éviter une souffrance intolérable, celle du vide[201].

D'autres auteurs vont plus loin en disant que ce déni d'absence du pénis est un déni d'absence de la mère, donc un déni de séparation et une peur d'inexistence puisque la mère « réside » dans l'enfant. Les mécanismes de défense vont donc être nécessaires à la survie de l'individu : délire ou comportement de toute-puissance.

Déni de séparation avec la mère, déni de la différence des sexes et déni des conflits oedipiens sont à la source des perversions, dont le fétichisme est la forme la plus pure. Le fétiche est le substitut du pénis (phallus) manquant de la mère et donc de la mère toute entière[472].

Deux attitudes psychiques coexistent alors. L'une tient compte de la réalité et l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de l'autre. L'issue des événements dépendra alors de la puissance relative de chacune.

Le déni laisse alors place à l'hallucination du désir. Une énergie incroyable est allouée à créer un objet sans défaut capable de combler le narcissisme de l'individu. Quand le déni vient à faillir, l'hallucination négative est la seule issue et la destruction de l'objet par la violence est imminente. Si la représentation inconsciente de l'hallucination du désir viendrait à apparaître (désir de violer sa mère), ce serait signer l'entrée dans la psychose, via l'auto-engendrement. Le clivage sert donc à cela, à éviter ce passage psychotique[472].

« La scission du Moi intervient lorsque le sujet aborde un manque insurmontable et qu'il l'identifie au mystère soulevé par la différence des sexes » [472].

Freud distingue les perversions par rapport à la source pulsionnelle : orale, anale ou phallique, par rapport au but : actif ou passif et par rapport à l'objet : de sexe identique ou tout autre objet.

Il cite le pénis comme « morceau de narcissisme dont la Nature prévoyante a justement doté cet organe » [196]. Le stade phallique précède le renoncement à la possession de la mère sous l'influence de l'angoisse de castration. Chez le patient pervers, il y a un déni de cette menace. La femme n'est pas reconnue en tant que telle. Le fétiche devient alors « garant du maintien de sa complétude et de sa toute-puissance » [31]. L'individu qui accepte le traumatisme et l'incomplétude empruntera le chemin de la phobie.

Selon Racamier, il existe une survalorisation narcissique au détriment d'autrui. Il parle de « perversion narcissique ». Il cite la perversion comme mécanisme de défense contre l'angoisse. Les pulsions sexuelles sont alors mises au service de la violence, le but étant d'écraser l'autre au profit d'une assomption narcissique[452].

C. Balier insiste sur la fonction défensive de la perversion sur une angoisse sous-jacente. Il fait le lien avec la crainte de la castration ou la menace de perte d'objet (la mère). « La perversité sexuelle est caractérisée par une sexualisation de l'économie défensive par rapport à une angoisse de mort psychique. Son mode de fonctionnement, dans une partie clivée du Moi, se fait sur le modèle d'une fermeture sur le processuel, annulant l'autre dans sa différence et le Soi dans sa liberté d'établir un projet. Les objets externes deviennent alors essentiellement des objets d'étayage au service du maintien artificiel d'une vie encore psychique, ultime rempart si peu sexualisé avant la désobjectalisation » [31]. La désobjectalisation* est le mécanisme de destruction du processus mental permettant de revenir à la relation d'objet, c'est-à-dire à la relation avec la mère.

Le pervers est donc une personne démunie, malgré le discours de supériorité qu'il pourrait clamer. C'est une personne qui n'a pas pu intérioriser le phallus paternel et le cherche de manière compulsive au-dehors, sous forme d'un fétiche, un objet chosifié immortel. S'il s'agit d'une personne, il en réduit sa liberté pour n'en faire qu'un prolongement de son narcissisme exacerbé. Le meurtre apparaît comme le prolongement de cette affirmation phallique[472].

Le fond dépressif de toute perversion a été mis en évidence. La déviance de la pulsion est une construction défensive par rapport à une dépression, visant à bloquer les processus mentaux menant cette dépression plutôt qu'à bloquer les symptômes.

Selon M. Klein, l'enfant vient à confondre excitation et violence avec séduction maternelle et en arrive à adopter des conduites de perversion sexuelle[297].« Quand la perversion ne se manifeste pas à côté de la vie sexuelle normale, mais qu'elle écarte en toutes occasions la vie normale et la remplace, c'est seulement dans ce cas, où il y a exclusivité et fixation, que nous sommes justifiés en général à considérer la perversion comme un symptôme morbide » [201].

J. Chazaud (1973) préfère parler de la perversion sexuelle comme d'une « organisation » et non d'une « structure », car le terme est plus souple. Il fait entrer le terme dans le « champ pervers », car les manifestations défensives sont variées[103].

J. MacDougall évite le terme de perversion et préfère parler de « sexualité addictive ». Pour lui, comme pour plusieurs auteurs, la perversion reproduit la scène primitive[347].

S. Lebovici introduit la notion d'emprise en mettant l'accent sur le rôle actif du nourrisson dans sa relation avec sa mère. « La réponse de la mère jouerait un rôle déterminant au niveau de la sexualisation de la pulsion ». Cette sexualisation est une séduction, qui, si bien tempérée aboutirait à la névrose infantile. Si la réponse maternelle de séduction est trop exclusive, la voie de la perversion sexuelle serait alors ouverte. Les mouvements défensifs par rapport à la névrose ou la psychose seraient alors construits. La mère transmettrait ses fantasmes à son enfant[325].

D. W. Winnicott reprend cette idée concernant le développement émotionnel de l'enfant en disant : « le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère » [573]. Une absence d'émotivité maternelle entraîne donc une rencontre avec le vide, soit un effacement de soi-même.

L'exclusion est donc le sentiment fondamental à la source de ce fantasme originaire. L'enfant, pour être présent à la scène de ses origines, se fantasme comme metteur en scène, mais aussi comme acteur, s'identifiant à tous les rôles, dans toutes les positions, tour à tour et en même temps sadique et masochiste, actif et passif, masculin et féminin, vu et voyeur, pénétrant et pénétré. Il confond ainsi le « moi » et le monde, le dehors avec le dedans, le plaisir avec la douleur [123].

La notion de scénario est citée par plusieurs auteurs. J. MacDougall dit clairement que le scénario doit être « ritualisé » dans ses moindres détails (le bandeau sur les yeux, les mains bandées, le lit de la mère, etc.)[347].

Terreur de la fusion avec la mère désirée, objet primaire, peur de l'intimité, déni de la perte de l'objet primaire, peur de la symbiose et de la reconstitution de la monade mère-fils [472] sont les thèmes tournant autour de l'origine des perversions. L'organisation de cet esprit pervers est nécessaire si le père est inexistant ou dénié. J. Mac Dougall écrit que le pervers est en quête d'un phallus externe qu'il n'a pas

intériorisé et tient lieu d'instance paternelle. Cette recherche désespérée du père surgit lors de l'analyse de plusieurs criminels[347].

Une absence d'investissement narcissique de la part du père entrainerait un défaut d'intériorisation d'une image phallique du soi. Cet appel en vain à la force phallique paternelle qui n'a jamais pu être intériorisé se transforme donc en une identification primaire à la scène primitive. Le sujet se noie alors dans le processus dans lequel il se fige, car pour avancer, pour accéder à la dynamique, il devra nécessairement confronter la perte dont émerge la représentation de soi et l'autre. Le ligotage des victimes de viol traduit ce besoin de l'arrêt sur l'image[70].

La perversion peut donc prendre plusieurs formes. Qu'on parle d'exhibitionnisme, d'inceste ou de pédophilie, l'affirmation du pouvoir phallique serait-elle alors la façon de lutter contre cette menace d'effondrement psychique ? On parle de sexualisation des conflits majeurs.

La perversion implique-t-elle alors de s'immiscer (scénario, mise en scène), de remplacer, d'annuler (rendre les parents inutiles en se mettant *avant* les parents) ou de maîtriser cette scène primitive ?

Pour certains auteurs, la nécrophilie est la forme la plus pure des perversions puisqu'il y a un contrôle total de l'objet et une maîtrise entière de la scène primitive[440 ; 518].

L'exhibitionnisme est une position activement passive mais qui inclut la position réfléchie. Elle associe le plaisir de regarder soi-même son propre corps dénudé au plaisir d'être regardé par autrui sur celui-ci [446]. L'exhibitionnisme élit un objet étranger qui devient le témoin narcissique de l'exhibition et auquel le sujet s'identifie. Il retrouve sur le plan du fantasme la position de voyeur. Il se met à la place de l'autre qui regarde en lui conférant un statut d'autre soi-même. La configuration passive et active subsiste donc côte à côte. C'est le mécanisme du double retournement qu'on rappelle ici. Le rapport pénétrant-pénétré ou violeur-violé prend ici la forme du voyeur-vu.

2.8.1.1 FETICHISME

Pour Israël, le fétichisme, c'est à dire considérer une partie d'un tout comme objet érotique est la perversion la plus pure. Toutes les autres perversions prendraient d'autres formes mais l'objet de désir reste un fétiche[268].

Le fétiche est un objet pris dans le monde réel extérieur et surinvesti. Il porte en lui l'indestructibilité du patient. Il doit être manipulable, voire collectionnable. Il doit être en permanence disponible et avoir une valeur symbolique. Il confirme l'individu dans sa capacité de jouissance. « Il est porteur de la projection de l'intégrité narcissique du sujet » [290]. Enfin, il remplace l'absence de la mère.

« Le fétiche est un objet de douleur, pour être malmené, en souffrance, ou mortifié, dévalorisé, provoquant la répulsion »[472].

« Surtout, trait capital, l'objet, quel qu'il soit, sert de cache, est un voile qui laisse supposer et donne à voir à travers son prosaïsme, voile d'abord posé sur un corps » [472].

Le recours au fétiche sert de décharge à l'agressivité et évite le passage à l'acte (« acting out »). Pour l'école kleinienne, le fétiche joue le rôle de défense contre le meurtre, mais comme l'ont montré différents cas de viol, le fétichisme existe chez les violeurs et/ ou meurtriers. L'attraction par les cheveux d'une petite fille, l'attirance compulsive vers les chaussettes d'un petit garçon, etc.[70].

On décrit la masturbation compulsive comme équivalent de fétichisme. En effet, c'est le corps propre du sujet qui est fétichisé. Dans le cas de l'auto-érotisme anal, le rectum serait le fétiche...

La fonction défensive de l'investissement narcissique-phallique est clairement définie. La question qui se pose est défense contre quoi ? Les éléments retrouvés sont l'angoisse. Angoisse par rapport à la mère phallique, identification à la mère passive,

castration anale du pénis paternel, etc. Les mêmes manifestations que l'hystérie d'angoisse sont donc retrouvées[31].

C'est la perte d'identité sexuelle voire la perte d'identité tout court qui est évité par la création du fétiche. « C'est un enjeu d'existence, donc de narcissisme » [31].

Dans la relation fétichique, il s'agit de rendre « désanimée » une personne pour en assurer la pérennité [31].

Le fétichisme est donc la projection sur une chose ou sur un objet « chosifié » de la mégalomanie du sujet qui craint la perte de l'objet primaire. La fétichisation a donc la fonction de figer la relation à l'objet.

Le fétichisme existe dès l'enfance et est relativement fréquent [65], comme le garçon qui soulève les jupes des fillettes par exemple. Cet acte relève à la fois du fétichisme et de l'agression. C'est l'évolution en attentat à la pudeur puis en viol qu'il faut se préoccuper. Une action préventive serait-elle alors judiciaire ?

Dans le cadre de la pédophilie, l'enfant devient fétiche. Les pédophiles utilisent des termes qui rappellent l'érotisation dont la mère sait faire usage lors des soins prodigués à son enfant. C'est lui-même que le pédophile aime, idéalisé dans le regard de la mère. On retrouve chez le pédophile un désir de possession d'un enfant dans le but de conforter indéfiniment un narcissisme phallique destiné à colmater une dépression narcissique menaçante [31].

« C'est le plaisir, comme rupture de tension exemplaire, l'orgasme masculin, qui centre le scénario fétichiste » [472].

2.8.1.2 THERAPEUTIQUE

L'objectif thérapeutique sera donc d'amener le sujet à passer de fétiche, objet chosifié, figé à un objet transitionnel afin d'évoluer et de promouvoir une communication, le risque étant une fétichisation du thérapeute...

Le but du thérapeute sera d'associer les éléments du passé pour la reconstituer afin que le patient puisse accéder « à un statut de sujet ». Un système explicatif apporte une satisfaction au Moi-Idéal. Cette satisfaction sera-t-elle momentanée ? Permettra-t-elle à elle seule d'éviter la répétition des actes pervers ?

En tant que thérapeute, il faudra ne pas simplement gérer les symptômes telles les phobies, mais de comprendre les mécanismes de formation de la pensée et où celle-ci est bloquée, en gardant à l'esprit qu'aborder le côté du clivage touchant à la toute-puissance risque de mobiliser des forces destructrices pouvant faire plonger le patient dans les pires souffrances psychiques.

La psychanalyse a donc comme principe de faire référence à une vie et à une réalité psychique inconsciente, de creuser dans la formation des représentations des choses et de travailler sur la symbolisation primaire et sur l'articulation entre perception et pulsion. Dans cette tentative de découverte de l'élaboration des représentations, le psychanalyste devra y participer en ne se perdant pas dans ses propres constructions inconscientes.

La déssexualisation des pulsions sera la voie thérapeutique recherchée, car elle serait l'élément crucial à l'instauration d'un processus intégrateur[472].

Malgré tout, Freud parle de déchirure définitive et les travaux du dernier siècle montrent bien qu'un espoir thérapeutique semble très mince. Le but n'est donc pas d'espérer « réparer » le patient et de le rendre « normal », mais de lui donner toutes ses chances de se construire une propre perception de lui-même pour se projeter dans l'avenir. C'est le processus de subjectivation*, processus actif qui vise à enrichir la personnalité du patient pour qu'il puisse atteindre le statut de « sujet ». Est sujet celui qui reconnaît les influences du passé et de l'environnement.

Pour Freud, ce processus est appelé la construction d'un « narcissisme synthétique ». C'est donc faire remonter l'histoire psychique pour que les événements soient perçus de manière objective[201].

Le thérapeute prendra alors le rôle d'objet externe, avant de se présenter comme écho d'un objet interne, en écoutant, tout simplement. L'écoute simple mettrait en effet à l'épreuve la carence narcissique du patient. Une position à la fois passive, réceptive et active est par contre nécessaire. Passif dans le sens où le patient lui-même établit des liaisons et crée l'objet externe, réceptif dans le sens où en étant attentif, on donne un statut de sujet au patient et actif parce qu'il faut combler les espaces blancs dans le fonctionnement mental que le patient ne peut combler seul et ce malgré la plus ardente des volontés. Mais il s'agit plus que d'attendre le transfert du patient. Il faut en effet prendre l'initiative d'aller à la rencontre de ce que l'attente seule ne suffit à faire surgir[31].

Le sentiment d'existence est en cause et témoigne d'un investissement narcissique positif et constructif. Le regard est l'instrument corporel moteur. C'est ce même moteur qui permet à l'enfant d'établir le Soi lorsqu'il s'installe une communication avec sa mère alors qu'elle le fixe[297].

2.8.2 VIOLENCES SEXUELLES ET CRIMES SEXUELS

Les violences sexuelles incluent l'hétéroagression et l'autoagression. Les cibles des pulsions et l'objet sexuel choisi diffèrent selon le développement des perversions de l'individu.

Ne pas être aimé est décrit comme un état de non-existence narcissique et peut mener à des conduites autodestructrices, activant la « pulsion de mort ». Cette non-satisfaction peut prendre la forme d'une rage narcissique et être redirigée vers autrui que ce soit en fantasme ou en réalité. L'être non-aimé tend à rabaisser les autres et à les ramener à un état de nullité[31].

Selon les théories sexuelles infantiles de Freud, l'enfant peut être témoin de l'acte de coït de ses parents et des perceptions incomplètes vont s'offrir à lui et résulter en différentes interprétations. Les bruits, les positions entraînent à la conception sadique du coït : le plus fort fait subir au plus faible, avec violence une sorte de lutte. Les rapports entre les enfants ne sont pas dénués d'excitation sexuelle et rappellent les positions coïtales parentales. L'enfant peut donc arriver à figer ces images et ses pulsions se développeront dans le sens du sadisme et de la violence sexuelle, reproduisant ainsi le fantasme de leur propre création. L'acte amoureux est ainsi interprété comme un acte de violence. De plus, la mère qui va répugner l'étreinte conjugale de peur d'une nouvelle grossesse va renforcer dans l'esprit de l'enfant cette impression d'action de défense contre un acte de violence. Les éclats de voix, les gestes hostiles vont renforcer dans l'esprit de l'enfant l'interprétation que la violence fait partie intégrale du scénario de production d'enfant. Il découvrira parfois des tâches de sang sur les draps ou les vêtements de sa mère, ce qui encore renforcera ses croyances en plein développement. La connexion entre sang, violence et coït prend donc ses racines dans de fausses interprétations dans l'enfance[201].

Où se fait la différence entre celui qui vit dans ses fantasmes et celui qui les dévoile au grand jour ? Claude Balier met l'accent sur le fait que ces délits ou crimes ne sont pas des « mises en acte » de fantasmes, mais d'« actes » et explore la brisure entre fantasme et acte. La perception ne se distingue alors plus du fantasme inconscient.

Les limites entre le dehors et le dedans explosent et se produit alors la réalisation hallucinatoire du désir. Tous les mécanismes de défense sont alors dépassés et l'acte violent est imminent, car lui seul peut apaiser la décharge pulsionnelle. D'un surinvestissement d'un fantasme d'une scène primitive découle la mise en tension de l'état psychique de l'individu qui le met hors de lui, le clive[31].

Les crimes sexuels incluent viols et meurtres. Ils sont effectués dans la très grande majorité des cas par des hommes. Les femmes sont rarement actrices de ce genre d'actes, mais sont parfois complices.

Sur le plan médical et pénal, on parle de comportement sexuel violent quant il s'agit de personnes non consentantes ou sous influence.

Selon le nouveau Code pénal en vigueur depuis 1994, le viol, l'attentat à la pudeur et l'outrage public à la pudeur ont été regroupés dans la section « agressions sexuelles ». Une agression sexuelle est « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (art. 222-22). Le viol est un « acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit » (art. 222-23).

On regroupe les agressions sexuelles dans le chapitre « Troubles mentaux et troubles du comportement » (CIM 10^{ème} version). La classification CIM-10 utilise le terme de « trouble de la préférence sexuelle » alors que le DSM-IV parle de « paraphilies »[281]. On évite ainsi le terme de « perversion » en ramenant le problème à un simple problème d'orientation de la pulsion.

Seulement 10% des viols sont accompagnés de sadisme sexuel* définit comme « préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement », de telle façon que la majorité des viols ne sont pas reconnus comme conséquents à une perturbation psychologique[31].

Seuls 4% des sujets libérés sont récidivistes[288]si l'on ne considère récidive comme nouvel acte identique au premier. Les taux de récidives sont beaucoup plus importants si l'on considère récidive comme agression sexuelle en général.

L'intérêt psychiatrique pour ce genre de comportement se place sur le moment où la vie psychique n'est plus suffisante et s'annule pour basculer sur une scène réelle, libérant ainsi le psychisme de l'individu qui tout au long se sera défilé de la catastrophe psychotique[472].

Le problème du soignant sera alors de déterminer quels candidats sont éligibles à une relation thérapeutique et quel est le vécu qui fait parti du soi et quel vécu est transposé sur une « scène du réel externe » [31].

On décrit plusieurs types de viol. Le viol occasionnel, le viol programmé et calculé, le viol chez un sujet à organisation psychopathique, le viol en groupe et le « viol de guerre ». Sur le plan analytique, le sens du viol varie donc selon les personnalités et le contexte du moment. On ne peut donc pas parler de « pulsion de viol ». Les classifications internationales ne reconnaissent que le viol accompagné de manifestations sadiques comme pathologique.

Le viol est une manifestation agressive par laquelle s'exprime une organisation pathologique de l'esprit : névrotique, psychopathique, paranoïaque, etc. Reste à définir la place du narcissisme phallique dans ses relations avec des désordres psychiques qui s'installent très tôt dans le développement d'un individu et ce quelle fonction a le phallus dans la scène réelle externe[31].

Le sens profond du viol apparaît où naît la pensée. La formation de la pensée est dysfonctionnelle et non le désir sexuel.

On note que des productions psychiques précèdent toujours l'acte, mais sont très souvent déniées. Pulsion devient compulsion. L'esprit construit une pensée qui ne peut que mener à un acte et la récidive n'est que question de temps. Ces actes n'ont rien à voir avec le désir de « posséder » une personne mais le simple besoin d'avoir un objet à forme humaine à pénétrer. L'impulsion est irrésistible. Le risque de récidive est donc important et prouvé par les statistiques pénales qui montrent que la plupart des criminels ont commis nombre d'attentat à la pudeur ou viols avant de se faire coincer. Les espoirs thérapeutiques sont donc faibles et l'espoir d'une bonne conduite chez les violeurs semble illusoire, d'autant plus que l'incarcération oblige à une réserve d'énergie

pulsionnelle puissante cherchant à se décharger. Cette pulsion prend parfois la forme de viols entre détenus ou de suicide, à des moments où l'angoisse devient non maîtrisable[31].

Le viol est donc un acte à caractère compulsif. Le scénario est ritualisé et doit aboutir et ce, quels que soient les risques encourus. C'est une nécessité interne trop puissante pour qu'une force extérieure puisse intervenir. C'est le scénario de la scène primitive qui est inventé et « joué ». Le metteur en scène est l'acteur polymorphe de cette scène[70].

Le viol de groupe, classique à l'adolescence, est une manifestation de l'affirmation phallique de toute-puissance qui combine à la fois affermissement homosexuel tout en la déniait et l'emprise sur l'objet externe redouté (la femme, représentante de la mère)[31].

Le cauchemar est une autre forme d'abaissement de la tension. La limite entre fantasme, hallucination et perception est fine.

M. Tomassini parle d'impossibilité de désidentification primaire qui marque la structure perverse. La pulsion de mort se manifeste en un désir profond de revenir à un état antérieur comme celui qui a marqué la fusion de l'enfant avec l'objet primaire. En effet, on ne peut réduire le viol à un simple acte ponctuel dans le temps[540]. Même si la réalisation de l'acte est d'apparence simple, l'épisode cache des phénomènes psychiques complexes impliquant une longue histoire dans le développement d'un individu. Ces phénomènes sont d'une intensité telle pour l'individu qu'il lui faut à tout prix s'en défaire par la décharge et les annuler dans le déni[31].

Les interrogatoires de patients violeurs nous démontrent que l'individu, lors de l'application de son scénario, est sous l'emprise d'un automatisme, la conscience restant extérieure à ce qui se passe réalisant ainsi une sorte de dépersonnalisation. Comme le décrit le Dr. Balier, « on est dans le registre de la pulsion de mort animée par la répétition comme moteur qui n'obéit pas forcément au plaisir. C'est l'acte de pénétration qui est chargé de signification et c'est celui-ci qui procure du plaisir[31].

Comme nous l'avons vu précédemment dans les différences entre hommes et femmes, l'homme utilise beaucoup plus le visuel dans l'élaboration de ses fantasmes. Le phénomène d'emprise par l'image donne au regard une place fondamentale dans la constitution de la « mise en scène ». L'imaginaire exerce un effet miroir en pratiquant une duplication narcissique d'une image intérieure et en transposant sa propre image dans un scénario construit. Violer pour effacer le désir d'être violé ? D'après les observations de Freud et de ses successeurs, une homosexualité passive est latente derrière les comportements agressifs. L'envie terrifiante d'être pénétré est source d'angoisse et de transformation agressive. « A toute pulsion correspond son contraire » [201]. Le pénétrant est le pénétré, le castrateur est le castré...

Une scène insupportable fait soudain jaillir l'angoisse d'inexistence (perte subjective de la mère – la mère fait parti de l'individu) et l'individu ne peut se réfugier que dans le viol pour calmer cette angoisse.

La psychanalyse des prisonniers incarcérés pour comportements sexuels violents révèle une forte manifestation hystérique lors de l'introspection. Dr. Balier nous demande si la répression de la sexualité prend la voie de l'hystérie chez les ceux qui ne pratiquent pas la délinquance sexuelle. Les violeurs craindraient la passivité[31].

Freud parle de « clivage du Moi ». Le clivage est un mode de défense non spécifique et différent du refoulement. Le psychisme de l'individu se divise en deux. D'une part, une partie se rattache à la réalité et l'autre, sous l'influence des pulsions, se détache et pousse à la pénétration[201]. « C'est moi et c'est pas moi » (citation du Caporal Lortie, souffrant de schizophrénie paranoïde selon son médecin, à Québec en 1897). L'individu se rappelle par la suite avoir commis le viol, mais s'en rappelle comme s'il s'agissait d'un rêve.

Pour R. J. Stoller, le viol est une forme érotique de la haine et donc une réaction contre l'attrance d'une symbiose avec la mère qui reste le premier objet d'identification (désir d'être femme avant de devenir garçon). Au travers d'un meurtre qui tue-on réellement ? Soi-même, donc soi-même et sa mère ? Le viol et le meurtre sont donc des échappatoires à la folie[517].

Welldon (1989) souligne : « alors que chez l'homme l'acte pervers est dirigé sur un objet partiel externe, chez la femme, il est dirigé sur son propre corps ou sur les objets qu'elle a créés : ses bébés. Dans les deux situations, elle traite son bébé et son corps comme des objets partiels »[562].

On décrit les violeurs comme ayant peur d'une relation d'intimité avec la femme. Les violeurs ont même peur d'un échange amoureux réussi. La psychanalyse décrit cette peur comme un danger ressenti au rapprochement de la satisfaction dispensée par la mère. L'image maternelle resurgit.

D'après les observations de nombreux psychanalystes l'imaginaire maternel est surinvesti. Ceci entraîne une confusion entre réalité externe et fantasme. Les sentiments face à cette image maternelle sont contradictoires et s'éclaircissent via le rêve de la mère qui poursuit le patient avec un couteau que le patient viole lors d'un autre rêve.

La pénétration est au sein de la problématique de la peur de l'homosexualité citée. Les scénarios de viols impliquent ce terme sous plusieurs sens : pénétrer dans une maison pour voler ou voir une femme, pénétrer dans un autre monde en se fondant dans la nuit, dans l'environnement. L'autre élément important est le thème de l'immobilisation issu des fantasmes. Les violeurs immobilisent souvent leur victime même s'il n'y a aucune utilité pratique à le faire, soit parce que la victime est inconsciente, soit parce qu'elle coopère pleinement[396].

Le culmen des violences sexuelles est donc le meurtre. Le sadisme n'est pas forcément le moteur du meurtre. L'intention meurtrière est virtuellement présente dans la plupart des cas d'agression sexuelle. « Je n'éjaculais que lorsque le sang giclait. L'étrangler ne suffisait pas » [le vampire de Düsseldorf : 70].

Par ailleurs, le meurtre devient une nécessité pour accéder à l'humanité. L'individu doit faire le deuil en tuant le père primitif (l'objet investi) pour l'avoir en lui. Le meurtre est également le seul moyen d'accéder à l'orgasme pour les tueurs en séries et qui décrivent ces pratiques nécessaires pour éviter la chute dans la dépression[31].

La pathologie narcissique est à la source des violences sexuelles. L'ivresse de toute-puissance qui accompagne un meurtre traduit une élation narcissique et sert de revanche sur le vécu d'inexistence qui organise la « dépression essentielle » de l'individu. On note le terme de « Moi grandiose », défini comme le désir d'être le meilleur partout et dans tout, refusant les limites et les ordres des supérieurs[31]. Un soupçon de mégalomanie accompagne les tueurs et violeurs en série. Ils sont fiers de leurs actes et ne montrent pas de remords [70].

Une note paranoïaque accompagne l'état des individus. Ils se sentent en effet facilement persécutés et tendent à se faire justice eux-mêmes.

La nécessité d'avoir à assurer sa capacité virile témoigne de la fragilité de son narcissisme phallique. L'individu a besoin de démontrer qu'il est tout-puissant en réduisant l'autre au néant. De là revient la notion de troubles de l'identité et de perturbation d'identification à l'imgo paternelle. L'intérêt défensif des agressions est à nouveau précisé. De l'angoisse d'inexistence et de la fragilité du narcissisme phallique issu de troubles d'identification parentale, pour éviter la dépression et/ou la psychose (« catastrophe psychotique »), des actes de toute-puissance font surface (viol/ meurtre) [31 ; 50].

Il faut un acte « fou » pour ne pas tomber dans la folie. La répétition de l'acte est également inévitable car il existe une véritable nécessité compulsive pour l'esprit pour lui éviter de tomber dans la psychose. Une sanction pénale ne peut donc que retarder l'actualisation des agressions. « Jamais je n'aurai stoppé mes attaques. J'étais continuellement poussé à les poursuivre, encore et encore », avouera le vampire de Düsseldorf[70].

Suite aux agressions sexuelles et meurtres, il existe un phénomène d'hallucination négative où l'esprit se cache les faits de la réalité et « oublie » ce qui s'est passé. Ce mécanisme de défense est différent du déni. Les patients parlent de brouillard. Quelques faits reviennent à l'esprit, mais les liens entre les différents gestes restent inconnus et obscurs. Le but de ce mécanisme est d'annuler la réalité extérieure, à transformer son monde[31].

La satisfaction d'un viol est d'ordre phallique et peu d'ordre sexuel malgré les apparences. Il y a un besoin intense de domination, d'emprise, de sensation de toute-puissance nécessaire à l'acte qui peut être perpétré par un patient handicapé, voire impuissant.

On note que les comportements sadiques font intervenir des personnes ayant donné leur consentement. Les pervers sadiques sont donc plutôt des acteurs d'une perversion « socialisée » que d'une perversion « pénale ». Il est également difficile de distinguer sadisme de masochisme d'où l'expression sado-masochisme, mais il faut absolument différencier ce phénomène des mécanismes psychiques en cause lors des agressions sexuelles.

D. W. Winnicott propose la notion d' « agonie primitive », qui désigne un vécu plus radical que celui de l'angoisse. Un acte concret tel violer, saisir, pénétrer est donc nécessaire et urgent pour combler le vide. Le sexuel est alors nécessaire puisqu'il faut que les choses passent par le corps, le vide étant lié au « traumatisme initial » de la naissance. La dépression essentielle correspond à cette aspiration à revenir dans le ventre maternel, au chaud, protégé[573].

Du côté de la victime, que nous aurons également à côtoyer lors de diverses consultations tant en milieu hospitalier qu'en ville, il existe une rupture entre le vécu intérieur et le réel externe. Pendant un moment, leur corps ne leur appartient plus. Ces patients vivent une expérience de non-existence dans une situation de soumission extrême au cours de laquelle elles ne savent jusqu'à où l'agresseur ira. Les victimes de tortures relatent le même genre de phénomène. A un certain moment, ils ont le sentiment que ce ne sont plus eux qui souffrent.

Le traumatisme est donc bien réel et les mécanismes de défenses mis en jeu ont également pour but d'éviter la catastrophe psychotique. S'opère une sorte de désinvestissement de l'état du sujet par lui-même. A. Green appelle ce phénomène la « passivation »[226].

On introduira ici la notion d'identification à l'agresseur. Comme l'histoire le montre, les agressés deviennent parfois agresseurs. Pour restaurer son sentiment d'existence et restaurer sa puissance phallique on devient à son tour acteur. La victime devient alors le double de l'agresseur. Le scénario pénétrant-pénétré se répète.

On peut retrouver dès l'enfance des actes à caractère cruel, témoins de la pulsion d'emprise dans la quête de puissance pour combattre la détresse, comme des supplices affligés à des animaux par exemple.

Le fantasme de matricide a été retrouvé chez nombre de pères incestueux.

Les violences sexuelles engrent donc un manque de maîtrise d'une pulsion nécessitant une décharge immédiate, une prééminence narcissique réduisant l'autre à une partie d'objet dont la possession est cruciale au maintien de son propre équilibre psychique et l'abolition de la nature objectale (chosification) de l'autre dans le cadre d'un processus psychotique ou pré-psychotique. Le point commun des agressions reste la violence[31].

Le viol correspond à pénétrer dans la scène primitive. La recherche de ce vécu excitant se manifeste alors par un réel autre, où perception se mêle à hallucination, pour s'empêcher ainsi d'affronter des représentations insoutenables. De la peur de la passivité, l'individu refusant d'occuper la position passive, prend la place de contrôle et devient l'agresseur.

A la limite de la psychose, il y a un phénomène de dépersonnalisation lors de l'acte de viol. « C'est un autre qui a agit, ce n'était pas moi, c'était moi mais pas moi... » Mijolla utilise l'expression de « visiteur du moi », comme si cet « autre » avait pénétré dans l'individu et avait commis le viol.

La violence est donc masquée par l'acte pervers. Les moteurs de l'idéal phallique sont la violence, l'emprise et la recherche de toute-puissance[387].

A. Green s'investit dans cette notion de violence en écrivant : « En somme, la sexualité n'a partie liée avec le mal que lorsque sa composante érotique est dominée par sa composante narcissique, c'est-à-dire lorsque la haine qui prend sa source dans l'auto-affirmation du Moi monopolise presque entièrement l'érotisme » [226].

La personnalité des agresseurs sexuels varie. Une personnalité psychopathique aura un côté impulsif plus proéminent. Une personnalité paranoïaque aura tendance à rendre la victime responsable. Un individu à personnalité plutôt déficitaire aura tendance à rendre absurde certains côtés de l'agression. Une tendance schizoïde soulignera les aspects inadaptés d'une agression, tandis qu'une personne névrotique apportera un élément de culpabilité en plus concernant l'acte.

Les violences sexuelles nécessitent donc une exploration psychiatrique et neurologique du patient pour mettre en évidence, s'il y a lieu, une composante psychotique qui pourrait nécessiter une prise en charge particulière.

3. VERSANT PATHOLOGIQUE

3.1 DÉMENCE ET TROUBLES SEXUELS

Les syndromes démentiels représentent la pathologie organique la « plus dévastatrice ces dernières années, notamment chez les plus de 65 ans » [187]. Ces syndromes augmentent de manière exponentielle avec l'âge [463].

La démence est un état d'affaiblissement intellectuel global, acquis, progressif, d'évolution chronique, irréversible et lié à des phénomènes organiques [426]. Il s'agit d'une diminution généralisée de la fonction cérébrale, « induisant des problèmes de mémoire, un état de confusion et des changements de comportements » [96].

Les critères diagnostiques de démence d'après le DSM-IV sont les suivants [230] :

- A. Mise en évidence d'une altération de la mémoire.
- B. Au moins une des manifestations suivantes :
 - a. Aphasie*,
 - b. Apraxie*,
 - c. Agnosie*,
 - d. Altération des fonctions exécutives*.
- C. Les perturbations en A et B interfèrent de façon significative avec les activités professionnelles, sociales ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

E. Soit (1) soit (2) :

- a. (1) : Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un (ou de plusieurs) facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation.
- b. (2) : En l'absence d'une telle mise en évidence, on peut présumer l'existence d'un facteur organique à l'origine de ce syndrome si aucun trouble mental non organique ne peut expliquer les symptômes, comme par exemple une Dépression majeure ou une Schizophrénie expliquant les altérations des fonctions cognitives.

« Une manifestation anormale de la vie sexuelle peut être le précurseur d'une démence sénile »[307].

Les principales étiologies sont : la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire. Dans les étiologies moins fréquentes, on retrouve le VIH* (stade SIDA), le syndrome de Wernicke, la maladie de Parkinson*, la chorée de Huntington*, la maladie de Creutzfeldt-Jakob*, les traumatismes crâniens (répétés), les tumeurs cérébrales, les encéphalites, les carences vitaminiques ou hormonales et les causes génétiques.

Les démences sont fréquemment associées à un syndrome dépressif. Certaines dépressions du sujet âgé sont appelées « pseudo-démence » du fait de la proximité d'expression clinique. L'efficacité d'un traitement anti-dépresseur permettra de faire la part des choses[312].

Les altérations cognitives ne sont pas rares chez les personnes âgées et sont des facteurs de risque de développement d'une démence. Le ravage causé par les différentes substances psychoactives, dont l'alcool, ne sont pas négligeables.

3.1.1 La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est la démence la plus commune. Il s'agit d'une maladie dont la cause est non identifiée dans la plupart des cas. La mutation de plusieurs gènes est associée à cette maladie. Dans les cas tardifs, les mutations des gènes responsables de la production d'apolipoprotéine E sont en cause. Le dépôt de plaques amyloïdes dans le cerveau entraîne la mort progressive des neurones. Une interruption du mécanisme de contrôle de l'entrée de calcium dans la cellule aboutit à un taux excessif de calcium dans les neurones, ce qui les empêche de recevoir les impulsions provenant des autres neurones[312].

Les comportements sexuels inappropriés ou la désinhibition sexuelles sont rares. Burns et Jacoby (1990) mentionnent 7% des cas de leur étude portant sur 178 patients[84]. Bruen et al. (2008) notent que 6% de leur cohorte de 31 patients présentent ce genre de comportement[80].

L'indifférence sexuelle est retrouvée présente dans 76% des cas de Derouesné et al. (1996)[144] et dans 81% de ceux d'Elionemi-Sulkawa (2002)[168].

5% des 40 couples analysés par Elionemi-Sulkawa (2002) manifestent une augmentation de la libido contre 6% des 49 couples de Derouesné et al. (1996). Une modification des pratiques antérieures est également notée dans ces deux études. Les patients adoptent dans 6-10% des cas de nouvelles pratiques[146 ; 168].

Medeiros et al. (2007) notent que les comportements de recherche d'intimité sont plus fréquents dans la maladie d'Alzheimer que dans les autres types de démences[377], alors que dans l'étude de Mendez et al. (2005), seulement 7% de leurs 28 patients exercent des « actes sexuels non sollicités »[383].

3.1.2 Démence vasculaire par infarctus multiples

La deuxième cause la plus fréquente est la démence vasculaire par infarctus multiples.

Le principal facteur de risque est un antécédent d'accident vasculaire cérébral. L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, la fibrillation auriculaire et le tabac sont des facteurs de risques de démence vasculaire [312].

Selon l'emplacement des lacunes cérébrales, les présentations cliniques varient. On décrit des formes aigu es consécutives à un accident vasculaire, mais aussi des formes subaigu es comme la maladie de Binswanger*, la maladie de CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*)* et l'angiopathie amylo ide cérébrale*.

L'évolution se fait par association de signes frontaux, de troubles de l'équilibre, une incontinence urinaire et une paralysie pseudobulbaire*.

Une seule étude, réalisée par Alagiakrishnan et al. (2005), nous révèle que des 1,8% de leurs patients, soit 44 patients, qui présentaient des troubles du comportement sexuel, 53,7% souffraient de démence vasculaire. Ils ne notent aucune différence entre la fréquence de ces comportements et la sévérité de la démence[7].

Un cas de délire  rotomaniaque* a été cité chez un sujet souffrant de démence vasculaire par Br ne et al. (2003)[81].

3.1.3 Démence frontotemporale

Les démences frontotemporales surviennent le plus fréquemment entre 50 et 60 ans, mais des débuts plus précoces ont été décrits[312]. La durée d'évolution moyenne est de 8 à 10 ans, mais des formes d'évolution lente existent.

L'échelle de dyscomportement frontal (EDF)[annexe] est très utile pour différencier cette démence de la maladie d'Alzheimer. Les stéréotypies, les persévérations, un comportement moteur aberrant, des modifications du goût alimentaire, une désinhibition, des troubles du comportement social, une apathie, une euphorie ou une indifférence, une inattention, une impulsivité, une négligence physique ou des troubles du jugement sont des troubles significativement plus sévères dans la démence frontotemporale [312].

Peu d'études se sont dédiées à l'analyse des troubles sexuels dans la démence frontotemporale, alors que les troubles du comportement sont au premier plan des manifestations cliniques.

Mendez et Perryman (2002) rapportent que dans 20% des 53 cas de démences frontotemporales, les patients ont développé un syndrome de Klüver-Bucy sur une période d'observation de deux ans[381].

Miller et al. (1995) observent par contre que la fréquence avec laquelle les pulsions sexuelles augmentent dans la maladie d'Alzheimer en comparaison avec la démence frontotemporale est identique, alors que l'indifférence sexuelle est plus fréquente dans la démence frontotemporale[391].

Les « actes sexuels non sollicités » ont été observés dans 57% des 28 cas de démence frontotemporale dans l'étude de Mendez et al. (2005)[383].

3.1.4 Démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy se caractérise principalement par des fluctuations concernant la cognition et le comportement, des hallucinations visuelles et un parkinsonisme ou d'autres signes moteurs comme des crampes ou des dystonies[312]. On peut retrouver un tableau de psychose dans 29% des cas, un délire systématisé, mais également des troubles dépressifs et des troubles du sommeil[312].

3.1.5 Démences infectieuses

Comme étiologie infectieuse, on retiendra principalement la syphilis, la maladie de Whipple et le VIH.

La démence syphilitique peut se manifester au stade tertiaire de l'infection à *Treponema pallidum*. Le mécanisme le plus fréquent est une méningo-encéphalite chronique qui peut apparaître 5 à 20 ans après l'infection primaire. Un tableau plus rare est celui de syphilis méningovasculaire[312].

On retrouve au cours de cette pathologie un syndrome démentiel associant des troubles de la mémoire et du jugement, des troubles du comportement et de la personnalité, des troubles de l'affectivité et un inconstant délire mégalomanique. Des signes moteurs peuvent orienter le diagnostic : amimie, tremblement d'attitude, tremblement de la région labiolinguale et dysarthrie. On doit rechercher le signe d'*Argyll-Robertson*, caractérisé par une abolition du réflexe photomoteur avec maintien du réflexe pupillaire à l'accommodation[312].

Dans l'infection à *Tropheryma whipplei*, on observe le plus souvent des signes digestifs et rhumatologiques, mais des signes neurologiques peuvent être retrouvés. On décrit une détérioration intellectuelle progressive sur plusieurs années avec un ralentissement intellectuel, une passivité, une indifférence, une amnésie antérograde et plus rarement des troubles aphasiques ou une dysarthrie. Les troubles pathognomoniques de cette infection sont les myorhythmies oculomasticatoires* ou oculofaciosquelettiques* [312].

Au cours du VIH, des troubles cognitifs surviennent chez 30% des patients au stade SIDA. L'incidence de cette démence serait de l'ordre de 7% par an lorsque le taux de CD4/mm³ est inférieur à 200. Le tableau réalise une démence de type sous-corticofrontale et associe des troubles cognitifs à des troubles de la personnalité et du comportement ainsi qu'à des troubles moteurs (tremblement, maladresse, instabilité à la marche). Heureusement, depuis la trithérapie antirétrovirale, ces démences sont rarissimes.

3.1.6Autres démences

Plusieurs pathologies peuvent être introduits dans ce chapitre. Dans les démences dites « sous-corticofrontales », on retrouve les autres causes dégénératives : maladie de Parkinson*, maladie de Huntington* et paralysie supra-nucléaire progressive*. On retrouve les étiologies démyélinisantes, dont la sclérose en plaque. On cite également les causes métaboliques, comme la maladie de Wilson* ou l'hyperparathyroïdie. Il y a les causes vasculaires et les maladies systémiques et auto-immunes : sarcoïdose*, neuro-Behçet*. On cite également l'hydrocéphalie à pression normale et la démence pugilistique (« punch-drunk syndrome ») dans la liste des diagnostics différentiels. Il existe également une implication de plusieurs produits toxiques utilisés dans différentes industries et dans l'agriculture ainsi que l'alcool et les drogues dures. Les carences en vitamine B12 ou en acide folique ou une dysthyroïdie (« folie myxœdémateuse, encéphalopathie d'Hashimoto*) peuvent donner des tableaux de démences, sans oublier l'hématome sous-dural chronique et les différentes sortes de tumeurs cérébrales. L'épilepsie constitue également une des étiologies de démence avec ses conséquences cognitives délétères.

Pour faire bref, n'importe quelle maladie affectant de loin ou de près les zones fronto-temporales et/ou pariétales et/ou limbiques peuvent entraîner des dysfonctionnements du comportement sexuel.

3.1.7 Syndrome de Klüver-Bucy

Le terme d'hypersexualité qu'on applique aux modifications du comportement sexuel des patients déments provient de la description de Klüver et Bucy suite à une lobectomie temporale bilatérale chez des singes mâles. En effet, les singes étudiés présentèrent suite à cette lobectomie, un comportement sexuel effréné non stoppable (suçotement continu du pénis, manipulation des organes génitaux continu, copulation continue en cas de présence d'un partenaire, etc.). Ces symptômes contrastent avec l'absence de réactivité émotionnelle par ailleurs[16 ; 335].

Chez l'homme, Marlowe et al. (1975) rapportent le cas d'un homme présentant ces signes cliniques en 1975 et ayant changé d'orientation sexuelle après le traumatisme[355]. Lilly et al. (1983) décrivent le cas de 4 patients présentant les mêmes symptômes ainsi qu'une modification de l'orientation sexuelle. L'activité orale est en particulier plus augmentée[335].

Devinsky et Bear (1983) décrit un cas de syndrome de Klüver-Bucy chez un patient atteint de la maladie de Pick* (atteinte frontale)[148]. Lilly et al. (1983) note 4 patients entrant dans un tableau similaire[335].

Classes de démence	Types	Sous-types
Démence dégénérative	<ul style="list-style-type: none"> -Maladie d'Alzheimer -Démence à corps de Lewy -Démence frontotemporale -Maladie de Parkinson -Maladie de Huntington -Aphasie primaire progressive 	
Démence non dégénérative	<ul style="list-style-type: none"> -Démence vasculaire -Démence traumatique ou apparentée -Démence infectieuse -Démence toxique et métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> .Démence par infarctus unique ou multiples .Maladie de Binswanger .Traumatisme crânien .Hématome sous-dural .Hydrocéphalie à pression normale .Métastases ou tumeurs cérébrales primitives .Démence des boxeurs (<i>dementia pugilistica</i>) .Démences liées au virus de l'immunodéficiência humaine acquise .Maladie de Creutzfeldt-Jakob .Déficiência en vitamine B12 ou en folates .Démence hypothyroïdienne .Alcoolisme chronique .Médicaments

Tableau 2.0 : résumé des différents types de démences

3.1.8 Actualité

L'hypersexualité au cours des démences est rarement le fait d'une augmentation réelle de la libido. Il s'agit le plus souvent d'une désinhibition ou de trouble du comportement social en rapport avec des difficultés d'analyse et avec une incapacité à gérer convenablement ses émotions. On distingue les comportements à connotation sexuelle et ceux qui témoignent d'une quête d'affection ou qui sont la conséquence de simples perturbations cognitives. Une approche psychocomportementale et pharmacologique est donc nécessaire.

Plusieurs études analysent la fréquence de comportements sexuels inappropriés chez des cohortes de patients déments. Le terme utilisé repose toutefois sur les données de l'observateur, à ses propres conceptions de la sexualité et non du patient lui-même. Le terme varie d'un observateur à l'autre. Certains transposent désinhibition à ce genre de comportement, alors que d'autres postulent une recherche d'intimité exagérée ou une augmentation de la libido, phénomène qui relève de physiopathologie neurologique différente et très complexe [8 ; 58 ; 79 ; 128 ; 140 ; 146 ; 176 ; 276 ; 334 ; 391 ; 419 ; 445 ; 457 ; 485 ; 490 ; 545 ; 575].

La fréquence des comportements sexuels inappropriés au cours des démences est donc difficilement chiffrable en raison des divergences de définitions. De plus, alors que plusieurs études ne se concentrent que sur la maladie d'Alzheimer et rarement sur les démences frontotemporales, les comportements sexuels inadaptés au cours des autres types de démences sont rarement analysés [146]. Quant aux manifestations inappropriées du comportement sexuel chez les patients atteints de lésions cérébrales focales, il n'y a que quelques rapports sans trop d'approfondissement.

La fréquence de ces troubles seraient plus importante chez les patients institutionnalisés [145] et varie entre 3,8 et 7% contre 2,9 à 8% chez les patients déments vivant à domicile. Les comportements les plus souvent retrouvés sont une masturbation « sans honte » et des propositions verbales et/ou gestuelles [405].

Tsai et al. (1999) retrouvent 15% de comportements sexuels inappropriés au sein de leur cohorte de 133 patients déments hospitalisés dans leur service de psychiatrie. La fréquence de ce genre de trouble n'est donc pas rare et pose le problème de la gestion de la résidence pour personnes âgées, les risques pour le personnel féminin en particulier et les bons rapports avec l'éventuel(-le) conjoint(-e)[544].

Alagiakrishnan (2005) retrouve 1,8% de comportement sexuel inadéquats parmi 41 sujets déments, dont 53,7% souffrant de démence vasculaire et 22% de la maladie d'Alzheimer. Il ne note pas de différence entre le stade de démence et la présence de ce genre de comportement. Il cite également que les démences vasculaires seraient plus portées à exprimer ce genre de comportement et que les patients vivant à domicile y seraient plus tentés [7].

Cependant, la fréquence de troubles d'ordre sexuel au cours des démences est moins grande que les comportements moteurs aberrants (agressivité, agitation) et la désinhibition. Nagaratnam et al. (2001) notent des chiffres entre 40 et 60% pour ce type de comportement[404].

« L'impulsivité et l'ignorance des sentiments du partenaire peuvent conduire à des violences sexuelles » [124].

Parfois, certains comportements peuvent révéler de véritables anomalies neuropsychologiques. Certaines personnes pourront souffrir de « fausses reconnaissances » et prendre un étranger pour leur épouse. Un patient dément présentant des troubles de l'habillement pourra être vu en train de se promener tout nu[312].

3.2 DEPRESSION ET SEXUALITE

La dépression est un état dysphorique accompagné d'une diminution de l'élan vital, de difficultés de concentration, et de troubles neurovégétatifs tels des troubles du sommeil, une perte d'appétit et une perte de poids. La tristesse et le découragement apparaissent au premier plan chez l'adulte jeune, alors que la sphère somatique prend plus d'ampleur avec l'âge[187].

Le tableau chez l'enfant peut prendre la forme d'un syndrome douloureux chronique ou d'une asthénie progressive. L'anxiété peut être au premier plan [187].

On note les symptômes suivants qui s'ajoutent à l'humeur dépressive : faible concentration, ralentissement psychomoteur, constipation. Les déficits cognitifs sont fréquents.

La dépression est à la fois la source de troubles sexuels et une éventuelle conséquence. « Les troubles de la sexualité entretiennent avec les états dépressifs des relations de causalité bilatérale » [152].

Une dépression peut être aggravée par un trouble sexuel du fait de l'altération de l'estime de soi. Parallèlement, l'état dépressif entraîne une baisse de la libido et donc une diminution de la perception subjective de l'excitation et de la satisfaction[312].

La dépression peut également être en rapport à une lésion cérébrale. L'hyposexualité accompagne souvent ce phénomène [294 ; 546]. Par ailleurs, le phénomène de dépression post-lésionnelle est plus souvent le fruit de lésions hémisphériques gauches [312].

Selon les études de Bancroft & Janssen (2002) et de Janssen et al. (2003)[35 ; 36], les hétérosexuels masculins ainsi que les homosexuels masculins répondent aux stimuli anxigènes et à la dépression en augmentant leur comportement sexuel.

Selon le courant psychanalytique du début du XXème siècle, la répression des pulsions exercée par les forces sociétales amène une bonne partie de l'humanité à souffrir. La pulsion sexuelle étant réprimé, à l'exception de ce qui sert à la reproduction, une part de l'énergie d'un individu servira à réprimer ses pulsions et ceci sera parfois épuisant et mènera à divers troubles de l'humeur, à la dépression, voire à un état de mélancolie. Ces individus sont « à la fois inhibés en eux-mêmes et paralysés en dehors » [201]. Il existe un fond dépressif derrière toute perversion [201].

La première formation de l'idéal se forme autour d'une relation privilégiée avec la mère. On appelle cet idéal le Moi-Idéal. La réalité touchant à l'accomplissement de cet idéal, impliquant la reconnaissance de l'environnement social ainsi que les exigences imposées à soi-même est appelée le Sur-Moi. Entre le Moi-Idéal et le Sur-Moi existe un espace où se situe la dépression. Plus l'image que l'on se fait de soi est en désaccord avec la réalité par une suite d'échecs socio-professionnels par exemple, plus cet espace sera grand et plus la dépression fera surface. Plusieurs mécanismes de défenses sont mis en jeu pour colmater cet espace, dont la perversion comme décrite précédemment [201 ; 472].

3.2.1 Dépression et populations à risque

Un état dépressif est souvent retrouvé chez les patients atteints de paraphilie et chez certains patients un traitement anti-dépresseur a un effet bénéfique sur les symptômes de la paraphilie, comme la libido tend à diminuer également [279].

Le nombre de dépressif et de personnes souffrant de troubles de l'anxiété serait plus élevé dans la population adolescente homosexuelle. Il y aurait également significativement plus d'abus et/ou de dépendance à des substances illicites, d'idées noires et de tentatives de suicide chez les jeunes homosexuels comme le montre l'étude de Fergusson et ses collègues en 1999 [186]. Serait-ce dû à cette répression des pulsions imposée par nos sociétés?

En comparaison avec les jeunes adultes hétérosexuels, les jeunes homosexuels seraient plus exposés au risque de développer des troubles de l'humeur, des troubles de l'anxiété, des troubles psychologiques et seraient plus à risque de commettre un

suicide[11 ; 33 ; 112 ; 158 ; 250; 277; 295 ; 363 ; 479; 487]. Ces résultats sont retrouvés dans des pays où l'homosexualité est acceptée socialement comme le Danemark, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède ainsi qu'aux Etats-Unis où l'homosexualité est plus tabou dans certaines régions.

La dépression est toutefois plus fréquente chez les personnes âgées du fait de l'accumulation des traumatismes psychologiques, somatiques et sociales qui altèrent l'image de soi[312]. La dépression chez le sujet âgé touche entre 3% et 27% de la population de plus de 65 ans selon les études [9 ; 120]. Sa prévalence dans la tranche d'âge 0 à 10 ans approche les 1%. Il en est approximativement de même entre 10 et 20 ans.

Au cours de ce stade de la vie, la dépression s'exprime plutôt au niveau de la sphère somatique (« mal de dos », « asthénie », etc.). P. Marty (1968) parle d'un abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive (sublimations, perversions,...). Cette dépression est plutôt essentielle, c'est-à-dire sans objet, sans auto-accusation ni même culpabilité consciente[361].

L'inactivité, le sentiment d'inutilité et l'isolement sont des facteurs sociaux à prendre en compte.

M. Pérruchon nous rappelle dans son livre intitulé « Le déclin de la vie psychique », les caractéristiques de la dépression du sujet âgé : manque, effacement de la dynamique mentale, perte de l'énergie vitale. Celle-ci s'établirait lorsque des événements traumatiques désorganisent certaines fonctions psychiques qui régulent les capacités d'élaboration et de liaison des pertes. La détresse provoquée par un afflux d'excitations submerge alors le Moi qui se désorganise[431].

On peut repérer chez le sujet âgé des éléments communs au phénomène dépressif chez les adolescents en crise : question de l'indépendance alors que le sujet entre ou veut sortir de la dépendance et difficulté à relancer les identifications alors que le gap entre Idéal du Moi et le Moi s'élargit.

3.2.2 Comorbidités et comportements associés

Le risque suicidaire est à surveiller chez ces patients. Les sujets âgés commettent deux fois plus de suicide que les adultes jeunes.

Les comorbidités comprennent les troubles liés à l'alcool, l'anxiété et les troubles de la personnalité [184].

Les comportements compulsifs chez les dépressifs sont fréquents et entrent dans le cadre d'une dysrégulation dopaminergique. Lejoyeux et al. (1997) retrouvent 31,9% d'acheteurs compulsifs ainsi qu'un nombre significativement plus élevé de kleptomanie, de boulimie et d'intoxication compulsive parmi ceux-ci par rapport aux patients n'effectuant pas d'achats compulsifs[330].

3.3 HANDICAP, MALADIE ET SEXUALITE

3.3.1 Préambule

Comme nous le montre l'expérience, les maladies graves et les handicaps, qu'ils soient physiques ou mentaux, peuvent entraver le déroulement d'une sexualité « saine » et mener à une sexualité pathologique.

Chez les personnes atteintes de maladies graves, il est parfois difficile d'aborder le sujet de la sexualité, mais cette composante est un élément essentiel de la vie et doit être discuté. L'erreur de certains professionnels de la santé est de considérer ces gens comme « asexué » [498]. Certains stéréotypes au sujet des personnes handicapées ont en effet été « institutionnalisés à travers la société » [416]. Les personnes déficientes mentales se sont fait retirer leur droit d'expression de la sexualité [392].

Ainsi, la présomption d'asexualité mène parfois les individus à se retirer complètement de la sexualité [392]. La pression environnementale semble les pousser vers cet état d'être non-sexué, car les personnes handicapées n'auraient pas de besoins ni de désirs sexuels [286]. Ils seraient même vus comme incapable d'être sexuellement responsables et même de tomber amoureux. Cette incompréhension et l'incapacité de la société à laisser la parole et les moyens d'expression aux personnes handicapées en fait une population à risque de dépression et de dérive vers des comportements sexuels pathologiques [286].

La sexualité chez les handicapés est plus souvent vue de façon négative par la population [392] et cette attitude favorise l'isolement et la marginalisation de ces individus [138], augmentant le risque de dépression et de pérennisation de troubles sexuels. La population voit souvent les handicapés mentaux comme ayant une sexualité hors norme [134]. Leur marginalisation est parfois liée à l'idée que les handicapés mentaux peuvent être des prédateurs d'enfants et en plus inévitablement victimes [569].

La sexualité est souvent vue comme une partie de l'expérience humaine que certaines personnes n'ont ou ne devraient pas avoir [483]. L'influence des religions sur les discours culturels sur les handicaps est encore importante [220 ; 370]. La vision de l'handicap comme punition d'un péché et l'expression du divin entraîne des sentiments de honte et de culpabilité et conséquemment une discrimination et une marginalisation [370 ; 388]. Selon Milligan et Neufeldt (2001), les personnes handicapées sont vues par la société comme soit anormaux ou en besoin de protection et on leur nie dans les deux cas la sexualité à laquelle elles ont droit [392].

Les réactions sociales face au handicap sont bien sûr diverses, allant d'une attitude paternelle à une attitude « cool » à une attitude méprisante. L'idée populaire de la punition divine règne encore dans les esprits et certains peuvent croire que ces gens « méritent » ce qu'il leur arrive. Il en revient donc aux soignants de démystifier le handicap, qu'il soit physique ou mental et de favoriser l'accès à des droits comparables aux autres en matière de sexualité.

3.3.2 Handicap intellectuel

Chez les individus souffrant d'handicap intellectuel, les besoins sexuels et les désirs sont aussi variés que ceux du reste de la population. Leurs expériences et les opportunités qui s'offrent à eux sont par contre plus limitées et ils ont plus souvent besoin d'aide pour comprendre la complexité des relations intimes.

Ces personnes intellectuellement défavorisées seraient plus à risque de commettre des infractions sexuelles pour de nombreuses raisons : manque d'information et manque d'occasion pour exprimer leur sexualité, déficit de compétence sociale pour développer des relations amoureuses adéquates, des antécédents d'abus sexuel plus fréquents que la population générale, une exposition à la violence et/ou à la pornographie, des facteurs socio-économiques, l'absence de partenaire sexuel, l'incapacité d'anticiper les conséquences d'un geste, les difficultés à reconnaître et à exprimer des émotions [134].

Leur risque d'abus sexuel est plus élevé et l'offre de contraception ainsi que le suivi gynécologique est souvent déficitaire [163].

La masturbation est la principale forme d'expression de la sexualité des personnes handicapées mentales [278]. Les particularités de la pratique de ce geste solitaire chez ce groupe d'individus sont : la masturbation dans des lieux publics, la fréquence et la durée plus prolongée de la masturbation et des pratiques entraînant des blessures corporelles[163].

Les hommes atteints de trisomie 21 ont souvent des troubles érectiles et de l'éjaculation. Les patients atteints du syndrome de Prader-Willi ont des organes génitaux sous-développés. La masturbation chez ces personnes est donc problématique [528].

Les patients handicapés ressentent également de la culpabilité à se masturber[528].

Pour faire l'amour avec l'autre, il faut passer par aimer son corps comme il est [447]. Malheureusement, l'image corporelle et la perte d'organe éventuelle font qu'il est souvent difficile pour les patients de gérer leur état face à la sexualité. Les effets secondaires des médicaments se rajoutent en plus souvent par dessus les troubles initiaux, sans oublier la fatigue et l'isolement.

Les personnes souffrant d'handicaps mentaux sont plus souvent jugées coupables pour des sévices sexuels lorsqu'ils sont déclarés par rapport aux personnes saines accusés d'actes similaires selon L. Davis (2009)[134]. Ceci serait dû à leur incapacité à dissimuler leur comportement ou leur incapacité à reconnaître leur comportement comme malsain, dangereux ou illégal. D'autres fois, les sévices commis par des personnes intellectuellement handicapées ne sont pas déclarés [134].

Selon Murphy et al. (1983), 10 à 15% des offenses sexuelles sont commises par des personnes souffrant d'handicaps mentaux[401]. Une étude de Gross (1985) trouve que près de 50% des personnes incarcérées pour sévices sexuels souffrent d'une sorte

d'handicap mental[228]. Par ailleurs, Day (1997) rapporte que les sévices sexuels (exposition indécente, offenses mineures, viols sur adolescentes) sont le deuxième plus fréquent crime retrouvé chez les personnes intellectuellement handicapées[135].

Murphy et al. (1983) déclarent en revanche que les agressions sur mineurs, l'exhibitionnisme et le viol sont plus couramment retrouvées chez des personnes saines[401]. Par contre, selon L. Davis (2009), les personnes intellectuellement défavorisées seront plus souvent engagées dans des relations avec des personnes d'âge physique plus bas, correspondant à leur niveau mental (*age discordance sex play*)[134].

3.3.3 Handicaps physiques et maladies graves

Une sexualité saine sous-entend relation, reproduction, vie et plaisir. De l'autre côté, un cancer ou toute autre pathologie grave évoque la mort, la perte et la tristesse.

90% des femmes auraient des problèmes sexuels après le diagnostic d'un cancer [339].

Les cancers de la prostate, de l'ovaire, de l'utérus, du sein, du pénis et du testicule sont les plus mal vécus car ils font partie des éléments conditionnant la désirabilité de l'individu[1].

La vie amoureuse dans l'handicap varie selon les individus. Certains se contentent de se tenir la main ou de dormir collés. D'autres ont des relations sexuelles sans pénétration. Parfois, des alternatives au sexe traditionnel seront recherchées, comme la stimulation prostatique par voie rectale[401].

On note par ailleurs que le plus atteint par le choc émotionnel de l'annonce d'une maladie grave n'est pas nécessairement celui qui est atteint mais le partenaire[339].

En cas d'insensibilité des organes génitaux suite à un traumatisme ou une lésion nerveuse, d'autres sens pourront être développés comme le toucher, la vue, l'audition et le goût.

Les blessés médullaires sont particulièrement touchés moralement et physiquement sur le plan sexuel du fait de l'impuissance découlant de leur accident. En effet, une atteinte des centres impliqués dans le contrôle de l'érection dans ses composantes psychogènes et réflexes ainsi que les centres impliqués dans le déclenchement éjaculatoire surviennent et entravent la vie sexuelle. Chez la femme, la lubrification vaginale ainsi que la sensibilité de la cavité vaginale s'en trouvent réduites, réduisant ainsi le plaisir, augmentant le risque de dépression et donc la recherche d'alternatives hédoniques[339].

La sexualité des blessés médullaires est compromise par certaines croyances populaires et attitudes sociales. La perte de l'indépendance, de la puissance sociale liée à la masculinité castre le blessé médullaire. La perte du symbole phallique est en effet communément associée à l'impuissance érectile.

L'infantilisation des personnes handicapées freine également le bon déroulement de la sexualité adulte qu'ils demandent[483]. Ces personnes sont souvent restreintes dans leurs déplacements, dans leurs rencontres et dans leur intimité. Ces barrières aggravent donc l'isolement social et la dépression et peuvent mener au développement de troubles sexuels secondaires.

Par ailleurs, l'état de dépendance cause frustration et accentue le sentiment de dévalorisation qui à leur tour entrave le déroulement d'une sexualité satisfaisante.

Une diminution dans la mobilité des patients interfère dans l'expression de leur sexualité[522].

La masturbation peut être rendue difficile par la difficulté à enlever ses propres vêtements ou les serviettes d'incontinence.

Une perte de force musculaire, comme c'est le cas dans l'amyotrophie spinale par exemple ainsi que dans d'autres pathologies neuromusculaires, peut entraîner une incapacité à se masturber ou à compléter un acte sexuel avec son partenaire [522].

Par ailleurs, la dépendance aux soins peut entraver la sexualité du patient, puisqu'il y a un manque d'intimité et parfois une surprotection des parents ou des soignants [24 ; 523].

Quelques études suggèrent que les personnes souffrantes d'handicaps physiques ont une sexualité et une vie romantique plus limitées. Une étude de 1979 a été menée par MacDougall et Morin et révèle que quasiment la totalité des 45 patients impuissants analysés n'étaient pas mariés et plus de 50% d'entre eux n'avaient jamais eu de relation sexuelle avec un partenaire[347].

Une étude de Rintala et al. (1997) montre que les femmes souffrant d'handicaps physiques sont moins satisfaites de la fréquence de leurs rencontres et perçoivent plus de difficultés à attirer un partenaire. Les barrières sociales ressenties sont également plus importantes[460]. Sakellariou et Algado (2006) décrivent le phénomène de désapprobation sociale. La personne saine aura honte ou sera gênée d'être vue en public avec la personne handicapée[483].

Nosek et al. (1996) montrent que les femmes physiquement handicapées ont une activité sexuelle et une satisfaction sexuelle plus réduite par rapport à des femmes saines. Par contre, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la sévérité de l'handicap et le niveau d'activité sexuelle[412].

L'estime de soi des personnes physiquement handicapées est plus basse. Donelson montre en 1998 chez les blessés médullaires que plus le handicap est sévère, plus l'estime de soi est basse[157].

Une étude de Silvers en 1997 montre des résultats similaires chez des personnes handicapées. Ceux-ci auraient une estime de soi plus basse et présenteraient plus de symptômes dépressifs[502].

Plusieurs études montrent que ces personnes auraient plus de sentiments négatifs et croiraient être moins attirants que des individus sains [523].

L'handicap physique serait plus difficile à vivre pour les hommes que pour les femmes, car la performance sexuelle est directement liée à la masculinité [172 ; 526].

L'étude menée en 2001 par McCabe & Taleporos sur 748 patients, rapporte que l'estime de soi est plus basse chez les patients présentant un handicap physique et que plus le handicap est sévère, plus le moral est bas, tout comme le niveau d'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle[522]. Cette étude n'a pas montré de différence quant à la fréquence de la masturbation chez les personnes handicapées, quelque soit leur degré d'handicap, en comparaison avec les personnes saines. Les femmes de cette étude se masturbaient moins souvent que les hommes mais se disaient plus satisfaites sexuellement que les hommes. Cette étude suggère également que les personnes handicapées depuis plus de 10 ans ont une estime de soi et une satisfaction sexuelle plus élevée que les autres, laissant croire à une forme d'adaptation au cours du temps. Les hommes de cette étude qui reçoivent des fellations seraient plus sexuellement satisfaits, alors que chez les femmes, les profonds baisers étaient le facteur de satisfaction principal relevé.

D'autres études rapportent des statistiques contradictoires. Une étude de 1993, menée par White, Rintala, Hart et Fuhrer montre que 83% des blessées médullaires de leur échantillon de 40 patientes ont eu une relation sexuelle après l'accident, mais ces femmes auraient pour la plupart déjà été en couple avant l'accident[564].

3.3.4 La thérapie en bref

Le rôle du sexologue sera alors crucial pour mener le patient à faire le deuil et à vivre avec une nouvelle image corporelle. L'idée de ne plus être désirable peut mener à un refoulement et à l'isolement. Le rôle du thérapeute sera donc d'aider l'individu en souffrance à montrer qu'il est toujours possible d'être désiré. La reprise d'une vie sociale et la poursuite d'un contact avec l'extérieur seront d'importants aspects à prendre en compte pour favoriser la rencontre avec un partenaire. Avec le développement de l'internet, des sites de rencontres pour handicapés ont été mis en place, favorisant la rencontre de gens dans le même état, vivant des expériences similaires. Il faut se rappeler que ces patients, qu'ils soient déficients sur plan intellectuel ou physique, ont le droit de s'exprimer, ont le droit d'aspirer à une sexualité

et à une vie de couple et qu'il faut leur donner la parole sans tomber rapidement et aveuglement dans des stéréotypes, des idées préconçues modelées sur ses propres fantaisies.

Il faudra mettre de côté son incomfort personnel et favoriser un environnement de communication familial. En effet, les familles sont souvent très peu confortables avec l'idée de discuter de la sexualité de leur enfant malade ou handicapé [339].

La rééducation sexuelle chez les blessés médullaires devra faire partie intégrale de la prise en charge médicale des patients pour favoriser l'érection réflexe dans le cadre d'une néo-physiologie sexuelle.

Parallèlement, le traitement des fuites urinaires, de la douleur et de tous les autres aléas au confort devra être pris en compte.

Quoiqu'il en soit, un ajustement à un nouvel état est possible. Les personnes handicapées peuvent s'adapter à leur nouvelle situation et peuvent trouver des façons de se sentir attractif après avoir fait leur deuil. Un soutien moral et une aide à l'expression de leur sexualité doit faire parti de la thérapie mise en place après un traumatisme, quelqu'il soit. La lutte contre l'isolement devra faire parti des mesures préventives pour éviter la chute dans un état dépressif difficilement régressif et l'utilisation de techniques paraphiliques ou déviantes pour satisfaire les besoins sexuels toujours présents.

L'handicap ne doit pas devenir la principale caractéristique des individus et leurs traits de personnalité doivent être exploités pour éviter la chute dans la stigmatisation.

3.4 ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) ET SEQUELLES

Il semble également exister une latéralisation hémisphérique de la libido [73].

Les patients souffrant d'hyposexualité ont une tendance à avoir des lésions au niveau de l'hémisphère gauche, particulièrement au niveau du lobe temporal. Les patients souffrant d'hypersexualité ont plutôt des lésions prédominantes au niveau de l'hémisphère droit [484].

Kimura et ses collègues (2001) ont retrouvé que les patients ayant souffert d'un AVC au niveau de l'hémisphère droit avaient significativement plus de libido que les patients atteints d'un AVC au niveau de l'hémisphère gauche [294]. D'autres études ne sont pas concluantes [67 ; 506].

Braun et al. (2003) rapportent qu'un comportement violent, une dépression et une hyposexualité sont plutôt en rapport avec des lésions de l'hémisphère gauche quelque soit l'origine de la lésion (tumeur, infarctus) alors que l'hypersexualité et les comportements maniaques sont plutôt en rapport avec des lésions de l'hémisphère droit quelque soit le type de lésion (tumeur, infarctus, hématome, malformations artérioveineuses) [73].

Par ailleurs, les troubles antisociaux et du comportement sont plus fréquents lors d'atteintes de l'hémisphère droit [14].

L'hyposexualité, manifesté par une diminution de la libido et du coït, une impuissance ou une diminution des fantasmes sexuels peut s'expliquer parfois par la peur d'un nouvel AVC [14].

3.5 MEDICAMENTS ET TROUBLES SEXUELS

Plusieurs classes médicamenteuses peuvent entraîner des modifications du comportement sexuel, de la libido et/ou de la sensibilité des organes génitaux. Les classes médicamenteuses interférant avec les affects modifient l'humeur du patient et altèrent en conséquence les réponses sexuelles.

Les médicaments affectant le pouvoir érectile des hommes sont nombreux. En première ligne, on retrouve les agents anti-hypertenseurs. Qu'ils agissent au niveau central (methyldopa, clonidine) ou au niveau périphérique (guanethidine, réserpine), β -bloquants (propranolol ou labetalol), α -bloquants (prazosine, terazosine) ou diurétiques (thiazidine, spironolactone), ces médicaments peuvent entraîner des troubles érectiles en modulant le réseau vasculaire.

Il a été observé chez le rat des troubles de l'initiation de la copulation ainsi qu'une modification dans sa fréquence après 16 semaines de traitement par clonidine ou propranolol. La capacité d'éjaculer des rats a également été réduite [435]. Toutefois, le captopril ne semble pas néfaste sur cet aspect de la vie du rat.

Les anti-arythmiques comme le disopyramide ou les agents cytolytiques utilisés dans les chimiothérapies anti-cancéreuses, les anxiolytiques (benzodiazépines), les antipsychotiques (halopéridol, thioridazine, chlorpromazine), une large gamme d'anti-dépresseurs (imipramine, amitriptyline, trazodone, fluoxétine) et le lithium sont associés à des troubles érectiles [161].

L'incidence des troubles sexuels au cours des traitements antidépresseurs est très élevée et atteint près de 90% dans certaines études [339]. Toutes les phases de la réponse sexuelle peuvent être affectées. Les tricycliques sont connus pour donner des troubles de l'excitation et de l'orgasme/éjaculation. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine donnent des troubles de l'orgasme/éjaculation également et des troubles du désir après plusieurs semaines de traitement. La compliance thérapeutique s'en trouve parfois touchée. Par contre, les modifications des « goûts » sexuels chez les patients

souffrant de lésions limbiques ou d'épilepsie temporale répondent aux inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et aux anti-épileptiques [14].

Des études chez le rat ont montré qu'un traitement de 4 à 6 semaines de fluoxétine induit une diminution de la fréquence d'éjaculation. Cet effet est dose et temps-dépendant. On a également observé une prolongation du temps nécessaire à l'excitation sexuelle devant une femelle au cours d'un tel traitement. Aucun effet sur le maintien d'une bonne érection n'a toutefois été noté. Aucune modification n'a été relevée chez la femelle après une même période de traitement par fluoxétine[435].

Les traitements antiparkinsoniens ont été mis en rapport avec le déclenchement de jeu pathologique ainsi qu'avec de nombreux troubles sexuels[184].

Les médicaments dopaminergiques causent des troubles du contrôle des impulsions et sont accusés d'induire des troubles du jeu pathologique, une hyperactivité sexuelle et des impulsions sexuelles irrésistibles (exhibitionnisme, zoophilie, pédophilie) ainsi que des troubles du comportement alimentaire (ex. : boulimie)[213].

Ces médicaments induisent un « craving » important et interagissent avec le contrôle des impulsions. Voon et. Al (2007) décrivent cette relation avec les patients jeunes lors du début du Parkinson et ayant des antécédents personnels et familiaux de troubles addictifs[556].

Les patients sous ropinirole, cabergoline, piribédil, quinagolide, apomorphine, pramipexole, pergolide, bromocriptine et lévodopa sont donc à risque.

Le Baclofène®réduit la qualité et la survenue des éjaculations [143].

Les antiépileptiques causes également des troubles de l'érection et de l'éjaculation. Les anti-épileptiques induisent une augmentation de la « *sexhormone binding globuline* » (SHBG) et donc une augmentation du métabolisme des hormones sexuelles qui peut influencer la sexualité chez les patients épileptiques [344].

3.6 PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

« L'addiction obéit à une impulsion personnelle qui surgit à l'intérieur du sujet. Il s'agit d'un irrésistible désir ou besoin de continuer à prendre le produit ou à réaliser un comportement pour chercher une sortie à la confrontation au manque » [187].

« L'addiction est un agir qui traduit immédiatement en actes des impulsions, des fantasmes et des désirs, afin d'éviter les idées et les émotions conflictuelles ou pénibles qui, sous leur pression, risquent d'émerger » [187].

« L'addiction est un agir immédiat et répétitif de qualité compulsive qui vise à réduire la douleur psychique et les conflits pour compenser la carence dans l'élaboration psychique » [347].

« La toxicomanie, loin d'être un acte autodestructeur, est souvent une stratégie de survie psychique mise en œuvre pour anesthésier l'impact insupportable d'expériences douloureuses ou honteuses » [237].

« L'activité ou la substance addictive sont les substituts d'un objet transitionnel défaillant » [187] et sont le signe d'un échec de l'introjection de la fonction maternelle.

« L'addiction intègre à la fois les dimensions psychique et physique de la dépendance » [221].

L'objectif des substances et des comportements et de « s'enivrer ». Le sujet, selon Perrier (1973), en parlant de l'alcoolisme, « se barre » dans l'ivresse, tout en tentant de tenir la barre de son existence afin de trouver sa place dans un ordre symbolique [429]. Le patient cherche à faire « l'interminable deuil de lui-même » [429] et pas de l'autre. On parle d'enkystement dans la conduite addictive facilitatrice de la mort psychique et de la mort physique.

Chez les patients souffrant d'une addiction, le temps s'arrête sur une rupture, une perte, un changement de statut social, la paternité, un divorce, la perte d'un travail. La toxine prend alors le relais. « Les intoxications conduisent alors à des disparitions quotidiennes du sujet, elles facilitent temporairement l'oubli, le soulagement. Il s'agit d'entretenir un 'non-temps', un status-quo » [69].

« La fragilité de l'alcoolique tient au fait qu'il n'arrive ni à faire face à des stimulations internes (élaboration de conflits psychiques), ni à élaborer les stimulations en lien avec la réalité extérieure (événements, acceptation de la misère ordinaire...) » [69].

« La prise de toxique permet de substituer aux crises identitaires une pseudo-réalité plus douce, quasi délirante. (...) L'alcoolique est pris dans ce jeu de cache-cache avec lui-même, il est alors dans l'impossibilité d'élaborer les crises de son existence »[69].

Pour Pedinielli, le phénomène d'addiction est une expression psychique d'un attachement aux effets du produit (ou du comportement). L'individu maintient un lien étroit entre « un objet extérieur, un corps et une forme de soulagement » [426]. Le recours à l'addiction serait alors une manière de réduire le désir à la simplicité du besoin.

« La dépendance viendrait témoigner d'une tentative plus ou moins adaptée de lutte contre la désorganisation psychique » [10]. Un produit ou un comportement pathologique peut être essayé à n'importe quelle période de la vie, mais la fragilité psychologique sous-jacente ou les tentatives répétées de masquage de tendances dépressives entraîne l'addiction[187].

Pour O. Lesourne (2007), l'acte terminé n'apporte aucun soulagement et ne donne que l'envie, le besoin de recommencer, comme si la tentative était ratée et le patient ne trouvait pas d'autres solutions pour s'apaiser[331]. Seulement lorsque le sujet est physiquement incapable de continuer qu'il s'arrête (ex. : coma éthylique chez

l'alcoolique, corps étranger intra-rectal incarcéré chez le patient souffrant d'hypersexualité).

La notion de considérer son corps comme une poubelle et de se traiter comme un déchet revient dans les textes psychanalytiques. L'histoire individuelle retrouve alors souvent une maltraitance affective de la part de la mère qui traitait l'individu comme un déchet, la mère qui l'a nourrit. Le besoin de se remplir d'une manière ou d'une autre revient donc à l'esprit d'une part remettant en scène l'attitude maternelle et remplissant également le vide affectif ressenti. Ne trouvant jamais satisfaction et nécessitant ainsi une répétition de l'acte (boulimie, alcoolisme, etc.)[187].

Les patients n'ayant pas eu un père apte à énoncer la loi et une mère maternante ne trouve pas d'autre moyen d'apaiser leur rage que par des tentatives d'auto-engendrement (conduite auto-érotique, prise de poids). Le sexuel devient le toxique et l'acte sexuel est rejeté [287].

Selon Krystal et Raskin, les sujets addictés présentent une incapacité à prendre soin d'eux-mêmes, une cécité affective à eux-mêmes en rapport à un rejet de la représentation maternelle et de ses fonctions. Ce rejet serait un procédé défensif contre l'intensité des pulsions agressives dirigées contre l'objet primaire[308]. L'objet externe est alors utilisé comme un substitut offrant « à nouveau les qualités maternantes clivées et projetées sur l'objet tenu à distance » [187].

Wurmser décrit les patients addictés comme présentant des difficultés à entrer en contact avec leurs propres éprouvés affectifs et à ressentir de l'empathie face aux sentiments des autres[577]. Ce phénomène est appelé « alexithymie », introduit par Nemiah et Sifneos en 1970. Ces auteurs émettent la théorie d'une connexion inadéquate entre le système limbique et le néocortex[408].

L'abus d'une substance ou d'un comportement peut être lié à une perte transitoire de quelques jours ou quelques mois qui ne donnera pas lieu à une demande de soins mais qui sera la source d'un isolement social accru, de dépression ou de tentatives de suicides[187].

Qu'il s'agisse de jeu pathologique, de toxicomanies ou de comportements sexuels abusifs, les notions suivantes sont retrouvées : excès quantitatif, escalade, syndrome de sevrage lors de l'arrêt de l'activité, fonction possible d'automédication de l'addiction, notion de devenir esclave d'une activité et difficultés à arrêter[426].

La recherche de sensations fortes caractérise ces patients, quel que soit le comportement utilisé pour atteindre cette gratification physique et psychique, cet enivrement qu'offre le produit.

On distingue les impulsifs, les habitués et les « névrotiques ». Ces derniers cherchent une évasion, un refuge devant des difficultés existentielles (dépression, événements de vie, maladies somatiques, etc.). Il s'agit d'une anesthésie ou comme décrit précédemment un « médicament » de la névrose.

L'addiction est parfois révélée tardivement à cause du sentiment de honte qu'elle génère (regard des autres et de la société sur leur addiction)[184].

Les patients addictés ne recherchent pas la dépendance, mais la fuient. Ces individus craignent de s'engager dans une relation transférentielle avec le soignant puisqu'ils pourraient s'en trouver dépendants. Le transfert passionnel semble malgré tout nécessaire, au moins pour un temps. Ces patients ont besoin de croire en l'amour du thérapeute pour eux tout comme ils doivent croire en leur propre amour pour cette personne[184].

Résidents de sociétés où les exigences de performances et du bien-paraître dominant, où l'individualisme entrave les structures d'entraide et de support, l'usage des psychotropes prend la forme d'un mode de régulation des émotions pour but d'occulter le mal de vivre, véritable épidémie des temps modernes.

Devant un comportement d'addiction, quatre facteurs sont à mesurer : l'intensité du comportement, les problèmes induits par le comportement en question, le « craving » et le manque. Une minimisation des troubles en raison de l'âge avancé de la personne n'est pas une conduite appropriée. Les comportements addictifs sont souvent minimisés et banalisés chez les seniors[312].

L'analyste doit suivre pas à pas les besoins du patient, car celui-ci subit des transformations psychiques progressives. La relation thérapeutique implique d'apporter un soutien à ces patients qui ressemble à celui qu'on apporte aux nouveau-nés. C'est cette personne qui incarne l'être idéal qui apaisera les angoisses. Il doit recréer l'environnement le plus adapté possible à ses besoins et à ses capacités. Le patient devra trouver en lui la capacité de s'aider et de se soutenir pour se dégager de la nécessité à recourir à des drogues.

Les effets négatifs sur leur santé ne sont souvent perçus que lorsqu'une maladie chronique invalidante en découle. Le clinicien devra repérer en fonction de l'histoire, des aspirations, du fonctionnement psychique et des caractéristiques physiologiques de son patient, comment et pourquoi celui-ci a choisi telle ou telle addiction.

Le praticien devra s'appuyer sur les modifications de l'estime de soi et sur l'activation des processus d'autonomisation nécessaires pour rompre le cycle de la dépendance [426].

« Un homme mûr a en quelque sorte trouvé un moyen de réveiller en lui le jeune chercheur de sensation qu'il n'avait jamais tout à fait cessé d'être » [548].

3.6.1 Addictions sexuelles

« Si l'être humain souffre, c'est qu'il est incapable de rester tranquille assis seul » [141].

Dans une sexualité addictive, l'autre est réduit à un objet partiel. La fixation compulsive sur un partenaire inaccessible fantasmé, imaginaire ou réelle est une sorte de toxicomanie au fantasme érotomaniaque. Cette fixation envahit de manière unilatérale la vie de la personne dépendante et il n'existe aucune réciprocité [447].

L'addiction se définit par la répétition de l'acte, un manque, l'envahissement de la vie sociale, par une contrainte permanente exercée sur le corps et l'esprit [187].

Sur le plan des dépendances sexuelles et addictives, il peut y avoir une relation addictive où il existe une demande constante de la présence de l'autre.

Le « coup de foudre » est l'expression extrême de la dépendance à la relation passionnelle, où l'individu recherche des sentiments de grande intensité.

Carnes est le premier à employer le terme d'addiction sexuelle en 1983. La définition qu'il utilise alors est « tout abus répété du comportement sexuel dans le but de gérer les affects dysphoriques », une escalade ou une progression des comportements sexuels (tolérance*), une perte de contrôle, des conséquences psychosociales indésirables et finalement un repli sur soi »[92].

Les addictions sexuelles se présentent sous deux formes cliniques : les déviations sexuelles ou perversions et « les fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, répétées, intenses, envahissantes, qui isolent de toute intimité sexuelle et de toute réciprocité affective » [447] comme la masturbation compulsive, l'addiction aux fantasmes, la dépendance à des formes anonymes de sexualité (pornographie, internet), la dépendance à des accessoires sexuels, etc.

On parle d'addiction affective quand il y a une addiction à « l'autre ». La sexualité n'est alors pas au premier plan. L'autre est ainsi utilisé pour sa propre sécurité interne comme « anxiolytique »[339].

Wines (1997) a étudié 53 volontaires sur le sujet de l'addiction sexuelle. Il rapporte que l'addiction était aux fantasmes chez 77% des cas, à la masturbation chez 75% d'entre eux, au voyeurisme chez 71%, au sexe anonyme dans 47,2% et au sexe de groupe dans 45,3%[572].

Les comportements d'addiction regroupent des comportements paraphiliques et non-paraphiliques. On inclut la masturbation compulsive, la prostitution, la pornographie, le cybersexe, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle [94].

Kafka & Hennen (1999) rapportent une addiction à la masturbation chez 70% de leurs 206 patients masculins paraphiles. L'addiction à la pornographie (enfantine, adolescente et adulte) est citée chez 50% des patients de leur cohorte alors que la dépendance au sexe téléphonique est notée chez 25% de leurs patients [280].

Dans l'étude allemande de Briken et al. (2007), 48,6% de 97 patients demandeurs d'aide pour comportement d'hypersexualité, révèlent une addiction à la pornographie et 34,6% à la masturbation[78].

Reid et al. (2009) retrouvent 56% d'addiction à la masturbation chez 59 patients traités pour comportement d'hypersexualité et 51% de dépendance à la pornographie[457].

Ces précédentes études portent sur des hommes. Les addictions sexuelles chez la femme sont beaucoup moins étudiées. On retrouve globalement un plus faible pourcentage de femmes souffrant de ce genre de trouble. Carnes et Delmonico (1996) retrouvent 20% de femmes parmi 290 addicts au sexe. Ces patientes sont pour la plupart d'anciennes victimes d'abus sexuel[93]. Winters et al. (2009) rapportent 0,8% de femmes (69 patientes) parmi leurs patients consultant pour traitement d'hypersexualité[574].

Le choix de l'amour ou du sexe dépendra de l'histoire personnelle, du système éducatif, des modèles parentaux et du système de représentation construit dans l'enfance[339].

« C'est parce que nous n'acceptons plus la souffrance « normale », celle qui va avec toute relation affective et sexuelle, qu'on bascule de plus en plus souvent ou de plus en plus facilement dans la pathologie» [447].

3.7 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISES

Les maladies vénériennes sont les principaux aléas des relations sexuelles.

La recherche d'une infection sexuellement transmissible doit être systématique et renouvelée 3 à 6 mois plus tard, en cas de viol. La présomption de viol en cas d'interrogatoire flou ou impossible doit également inciter aux prélèvements[339].

Les sites de prélèvement seront guidés par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. Ceux-ci incluent le col cervical, le vagin, l'urèthre, la gorge et l'anus.

Les méthodes standard de prélèvement se font sur écouvillon sec ou pipette. Pour le gonocoque, un écouvillon et un prélèvement en milieu *Stuart* sont nécessaires. Quant à la *chlamydiae*, il existe un kit *chlamydiae* qui se conserve au frigo à 4°C.

Un bilan sérologique initial avec dosages des sérodiagnostics de *chlamydiae*, TPHA et VDRL*, hépatites B et C ainsi que VIH* 1 et 2 sont conseillés.

Les détenus sont une population plus à risque pour le VIH et l'hépatite C du fait des rapports sexuels non protégés, de l'injection de drogues par voie intraveineuse et de la pratique de tatouages. Depuis 1997, des préservatifs et du lubrifiant doivent être à la disposition des détenus. Ils doivent également disposer d'eau de Javel à 12° pour la désinfection des sites d'injection[402].

Le comportement homosexuel expose l'individu à plusieurs risques. En premier lieu, l'incidence de VIH [151], d'hépatite B et C est plus importante au sein de cette population [512]. Aux Etats-Unis, le risque de s'infecter par le VIH est 50 fois supérieur si on pratique le sexe anal entre homosexuel que si on est hétérosexuel. Le risque d'attraper le VIH lors d'une relation anale est d'environ 2% pour le récepteur, alors qu'il n'est que de 0,1% pour une réception vaginale [439]. L'incidence de la shigellose l'est également par rapport à une population hétérosexuelle [18].

Le sperme relargué dans le rectum serait un facteur de risque de carcinom rectal [151]du fait du HPV (*Human Papilloma Virus*).

La gonorrhée rectale peut donner un prurit et un écoulement rectal. La plupart du temps, cette pathologie est asymptomatique.

La syphilis* peut donner l'aspect d'un chancre autour de l'anus.

L'herpès ano-rectal donne habituellement une éruption vésiculeuse en bouquet très douloureuse. Le virus Herpes *simplex* II est le plus souvent en cause [151].

Les relations sexuelles anales entraînent également un risque de giardiose (*Giardia lamblia*), d'amibiase (*entamoeba histolytica*) et de salmonellose (*salmonella*).

4VERSANT PSYCHO-SOCIAL

4.1VIEILLISSEMENT, ISOLEMENT ET SEXUALITE

« Le vieillissement en tant que tel début à la mort du fantasme d'éternité, lorsque le sujet rencontre un certain nombre de limites, notamment sur le versant libidinal » [326].

Les mécanismes du vieillissement sont multiples : accumulation de facteurs toxiques, radicaux libres, théories auto-immunitaires, perturbations hormonales, programmation génétique, etc.

Avec le vieillissement de la population, supportée par différentes enquêtes épidémiologiques, la santé mentale des personnes âgées est de plus en plus d'actualité.

La prise en charge des patients âgés de plus de 65 ans est un réel soucis de santé publique. Plus le patient approche les 80 ans, plus la prise en charge devient laxo et aléatoire, médecin-dépendant. Au-delà des 85 ans, dans de nombreux domaines, certaines thérapies sont rejetées par de nombreux médecins pour la simple raison de l'âge, sans aucun fondement scientifique « evidence-based ». En effet, pour ne citer que quelques exemples, la personne âgée n'aura pas accès à des soins qu'une personne jeune bénéficierait aussitôt. La thrombolyse chez le patient atteint d'un AVC ne vient même pas à l'esprit de nombreux neurologues de multiples centres dans le monde, malgré qu'on leur impose une hospitalisation pour les « surveiller ». La prise en charge de l'alcoolisme d'un sénior paraît faire partie du domaine du déni social des troubles des personnes âgées [69]. T. Boulze et al. parlent de ce fait, de « fatalisme mortifère ambiant » [69].

4.1.1 Retraite et Liens sociaux

L'avancée de l'âge entraîne une perte d'une identité jusque là fondée sur les liens sociaux. La personne âgée est donc menée à faire le bilan de son existence et devra tout comme l'adolescent avec son enfance faire un deuil avec un état antérieur. Les mécanismes psychiques et l'énergie mentale dépensée dans cette manœuvre fragilisent donc l'individu et les changements de comportements peuvent prendre l'aspect de pathologies débutantes[187].

« Le corps est le lieu du ressenti et de l'expression de la souffrance au travers de la plainte somatique, en même temps que le témoin du temps qui passe, et de la difficile nécessité de supporter la vieillesse et son cortège de douleurs physiques. Le vieillissement se caractérise par une crise identificatoire face au constat, entre autres, de la perte des capacités physiques, de la vulnérabilité aux affections somatiques, aux douleurs qui prennent alors un sens, et ainsi face à la modification de l'image corporelle qui en découle » [251].

L'appareil psychique évolue par crises successives, internes (pertes concernant ses capacités) et externes (perte d'un objet extérieur). A chaque crise, un travail mental amène à une réorganisation du Moi et un réinvestissement là où quelque chose a été perdu. Là où se trouve la difficulté est d'investir une quantité suffisante de libido sur de nouveaux objets[472].

La retraite marque la fin d'une organisation temporo-spatiale maintenue pendant de nombreuses années. La personne âgée nécessite donc de procéder à une réorganisation de son espace-temps. Il y a une véritable rupture dans sa vie et une nécessité de parer au sentiment de solitude, éviter l'ennui et stimuler l'éveil[187].

Le travail est décrit comme un moyen d'exister et permet de ne plus penser ses souffrances. Il est aussi un « mode d'identification au père dont la situation sociale était fortement valorisée » [69].

Wilcock (1998) décrit l'individu comme un être « occupé », c'est-à-dire qu'il doit participer à une occupation dotée de sens pour se sentir bien et en santé [568].

La perte du travail sera remplacée par la majoration d'une intoxication comme l'alcool. La quête de plaisir se traduit alors par « l'immédiateté de la résolution de toute tension pulsionnelle[426].

L'addiction du sénior est un sujet d'étude distinct car particulier à ce stade de la vie. Plusieurs comportements d'addiction peuvent être initiés. L'utilisateur recherche soit une aventure ou une intensité dans sa vie ou cherche à soulager une souffrance psychique[187].

L'alcool, les drogues, la télévision, le jeu pathologique sont des exemples. L'addiction au sexe existe également, mais le phénomène reste peu étudié. Rado (1926) fait un parallèle entre orgasme et coma éthylique en disant que « la phase d'élation est suivie d'une phase d'intoxication aiguë qui aboutit à un coma »[453].

Quelque soit le produit ou le comportement utilisé, le principe de plaisir abat les désagréments liés au principe de réalité [548]. Les satisfactions orales, anales et phalliques sont subsumées par la satisfaction de résister, « de s'opposer, d'être le plus fort, d'écraser l'autre » [331].

La proximité avec la mort « permet de se raconter dans un cadre soignant stable et rassurant. Il s'agit là d'une invitation à amorcer un travail de créativité, à aménager une sortie de l'autoérotisme par l'intermédiaire de la sollicitation d'un autre » [69]. Il s'agit alors d'inscrire son histoire dans un ordre social pour lui donner un sens. Le patient s'inscrit dans une perspective de transmission, d'héritage d'une lourde histoire qui donne du sens à son comportement. « Les satisfactions pulsionnelles immédiates sont remplacées par des satisfactions symboliques générant le plaisir de parler et de transmettre son expérience » [69].

En se mettant à s'exposer au regard bienveillant d'un soignant, le patient peut par la même occasion commencer à s'interroger. L'écoute de l'angoisse existentielle des seniors souffrant d'une crise identitaire à l'approche de la mort et ayant subi une rupture avec un état antérieur est la clef de la prise en charge de ceux-ci. Quelles sont vos peurs ? Quelles sont vos limites ? Quelles sont vos représentations de la jouissance ? Comment voyez-vous la fin de la vie ?

Bien entendu, pour qu'une telle attitude d'écoute des personnes âgées ait lieu, il faut d'abord que l'équipe médicale puisse identifier qu'il existe une véritable souffrance psychique à ce stade de la vie et que l'intoxication ou les comportements aberrants ne sont que la couche superficielle d'un appel à l'aide et à l'écoute inconscient.

Les difficultés de la retraite, la solitude, la maladie sont des facteurs retrouvés chez les personnes âgées et sont des facteurs de vulnérabilité[187].

Avec l'âge apparaît une raréfaction des liens affectifs, familiaux et amicaux. C'est l'isolement. La personne âgée va donc utiliser des substituts relationnels artificiels pour combler ce vide.

On décrit couramment le troisième âge comme étant « soumis à un mouvement pulsionnel inverse de celui rencontré au cours de l'adolescence » [326], entraînant « une réélaboration du complexe d'Œdipe chez la personne âgée et ses nécessaires résolutions et déclin »[101].

Le vieillissement dépendra de la manière dont la crise d'adolescence, si celle-ci a eu lieu, a remanié l'enfant.

Si le corps vieillit plus vite que le psychique, le Moi sera mis à l'épreuve et des mécanismes de défenses face à la permanence de la vie fantasmatique pulsionnelle seront érigés[426].

Les mécanismes de défense évoluent également avec l'âge. De défenses immatures comme la projection ou le passage à l'acte, l'individu passe à la sublimation, à l'humour, à l'altruisme, la répression et l'anticipation[50].

4.1.2 Désir, Libido et sexe

La mémoire et la capacité d'association diminuent avec l'âge et des liaisons nouvelles entre affect et représentation sont plus difficiles. « La capacité d'enranger de nouveaux souvenirs d'altère, la charge affective disponible pour la mémoire immédiate s'amenuise, la pression de l'affect baissant comme celle d'une charge électrique, la déliaison au sein de l'activité mentale commençant à prendre le pas sur la liaison » [326]. « Le plus déterminant n'est pas l'éventuelle baisse d'intensité des excitations internes mais le devenir de leur proportion ou de leur équilibre, c'est-à-dire des possibilités de liaison ou déliaison entre pulsions érotiques et destructrices »[97].

Le vieillissement entraîne une fragilité émotionnelle marquée par les pertes des facultés cognitives et physiques qui se rajoutent aux pertes relationnelles. En effet, le célibat suite à la perte du conjoint entraîne le « syndrome du veuf » qui fait allusion aux difficultés sexuelles d'ordre psychologique suite au décès du conjoint. Ces difficultés sont en partie liées aux sentiments de culpabilité, de colère et de chagrin non résolus suite à une période de longue souffrance avant le décès du conjoint [327].

Il faudra alors veiller à la consolidation des liens existants mais aussi à la création de liens nouveaux pour compenser ces pertes. Toutefois, les femmes âgées ressentent pour la plupart une frustration du fait de ne pas pouvoir trouver de partenaire [384].

La force de la poussée pulsionnelle diminue avec le temps, tout comme les moyens à disposition pour obtenir satisfaction, mais l'affaiblissement progressif des forces génitales n'est pas toujours en rapport avec l'excitation des passions[339].

Des solutions d'aménagement des pulsions libidinales et agressives seront empruntées devant la nécessité de satisfaction des pulsions malgré la multiplicité des pertes liée au vieillissement. On peut nommer par exemple la « déssexualisation » des

pulsions par le biais de la sublimation et les régressions défensives sur l'analité ou l'oralité[518].

Avec l'âge, les objets à investir se rarifient. « L'énergie libidinale se débonde, se délibidinalise ou se déqualifie laissant le champ libre aux excitations avec tous les risques encourus au niveau du moi, de l'appareil psychique et du soma » [431]. De plus, avec la carence croissante de la mentalisation des conflits psychiques avec une expression au niveau somatique plus tangible à ce stade de vie et une désorganisation progressive de la psyché, la dépression essentielle (sans objet, sans auto-accusation, sans culpabilité consciente) prend forme. Le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique emprunte alors plutôt celui du somatique[431].

Sur le plan de la sexualité, le problème spécifique du couple âgé est celui du désir. Chez l'homme, le déclin progressif de la capacité érectile du pénis se rattache aux modifications neurocirculatoires. L'érection est moins ferme, le seuil de stimulation plus élevé, la durée du maintien de l'érection réduite. La période réfractaire allongée aggrave également l'angoisse de performance. La rigidité restante serait suffisante pour une pénétration vaginale, mais les couples sentiront souvent le besoin de suppléer à ce manque par des changements de positions ou de techniques ou par l'adjonction d'instruments ou de stimulations manuelles diverses [384]. Chez un couple de personnes âgées, la satisfaction maritale est en relation directe avec la satisfaction sexuelle, tout comme les jeunes couples [74].

Sur le plan endocrinien, la production de testostérone diminue avec l'âge chez le sujet masculin d'environ 1,2% par an entre 40 et 70 ans [284] pour atteindre à 80 ans près du sixième du niveau d'un jeune homme [496]. On parle de « presbyrectie » [284].

Les cellules de Leydig testiculaires sont plus fragiles et l'axe gonadotrope est altéré. Le Pr. Rossi, urologue au CHU de Marseille parle de DALA (déficit androgénique lié à l'âge)[473], dont les symptômes sont une baisse de la libido, une perte de la mémoire, une fatigue, etc. 55% des hommes de plus de 75 ans connaîtraient l'impotence [296].

Chez la femme, la ménopause survenant entre 47 et 56 ans altère souvent plaisir et désir. Les modifications hormonales entraînent une perte de la pilosité pubienne, une atrophie du tissu sous-cutané du mont du pubis, une atrophie des grandes lèvres et une baisse d'élasticité de la cavité vaginale. La sécrétion vaginale diminue et le pH vaginal augmente en conséquence à la perte des espèces de *Lactobacillus* [497]. Elles connaissent plus de saignements post-coïtaux, plus de sensations de dyspareunies ou de brûlures per-coïtales.

Malgré cela, celles-ci restent pour la plupart sexuellement actives. En effet, 56% des femmes mariées de plus de 60 ans seraient sexuellement actives [153]. Une étude danoise semble même suggérer que 9% des femmes connaissent une augmentation de leur libido pendant ou après la ménopause [305]. Ce phénomène serait lié à l'augmentation de la production de testostérone lors de cette période de la vie chez certaines femmes, conséquence de la baisse du niveau d'oestrogènes ainsi qu'à la perte de la peur de conception[37].

Une étude de 1980 menée par Bretschneider et McCoy portant sur 202 sujet âgés de 80 à 102 ans (âge moyen : 86 ans) révèle que 63% des hommes et 30% des femmes ont des rapports sexuels. Quant à la masturbation, 72% des hommes le pratiquent versus 40% de femmes. 82% des hommes ont des rapports de tendresse pour 64% de femmes[77]. Pfeiffer et al. (1968) rapportent pour le part que 95% des hommes âgés entre 46 et 50 ans ont une relation sexuelle hebdomadaire, tout comme 28% des hommes entre 66 et 71 ans[436]. Diokno et al. (1990) montrent que 74% des hommes de plus de 60 ans mariés sont sexuellement actifs. De plus, ces chiffres ne font allusion qu'au coït. Les pourcentages seraient sûrement plus élevés si l'on prenait en compte les plus divers aspects d'une relation affectueuse[153].

Une autre étude de 1981, menée par Martin et portant sur 190 hommes âgés de 60 à 80 ans montre que le désir et l'activité sexuelle sont directement proportionnels à l'âge[359]. Pourtant, une étude de Janus suggère qu'il y a peu de changement quant à l'activité sexuelle féminine au cours d'une vie. Selon ses statistiques, 68% des femmes entre 39 et 50 ans ont du sexe hebdomadairement contre 65% des femmes entre 51 et 64 ans et 74% pour celles âgées de plus de 65 ans[274].

Il n'y aurait donc pas de différence significative quant à la modification de la fréquence du coït chez la femme avec l'âge. Malgré tout, la fréquence de la masturbation chez la femme diminuerait avec l'âge, même si plus de 50% des femmes en santé de plus de 60 ans la pratiquent [343].

Pour certains gérontologues, les désorganisations psychiques liées à la diminution des capacités mentales et à l'afflux des traumatismes diverses, sont à l'origine de nombre de pathologies somatiques retrouvées chez la personne âgée. Faire la différence entre une demande sexuelle adaptée et un comportement pathologique lié à la démence sénile peut donc parfois causer soucis.

La consommation de médicaments est plus élevée à ce stade de la vie. Leur mésusage est donc un risque plus notable qu'au cours d'autres périodes de la vie. La fragilisation du travail mental et l'accumulation des pertes subies nécessitant un effort psychique intense, ouvrent la voie à l'abus de substances [187]. Le problème lié à la polymédication et aux effets secondaires difficilement contrôlables sur le psychosomatique en fait une période de vie particulièrement prédisposée à des comportements à risque. L'afflux traumatique lié au vieillissement trouve donc sa cible dans la psyché de l'individu et en fait un être vulnérable.

4.2 ISOLEMENT ET SEXUALITE

Le stress, donc l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien favorise les interactions sociales et renforce ainsi les liens interpersonnels. Ces interactions sociales créent des états physiologiques anxiolytiques qui sont favorables à la santé. Le désir, l'amour et l'acte sexuel sont des moyens phylogéniques pour faire face au stress et sont en même temps la clef de la survie de l'espèce.

L'isolement est favorisé par l'apparition d'une maladie chronique ou contagieuse, par la perte d'une personne proche, par des échecs répétitifs sur le plan socio-professionnel et par l'âge. La personne âgée, la personne malade ou handicapée est à haut risque d'isolement social.

L'isolement peut entraver l'expression de la sexualité des individus puisque c'est une activité qui s'exerce en couple ou en groupe. C'est une forme de communication qui donne ses fruits à deux[187].

Des pathologies addictives peuvent apparaître dans les moments de fragilité et l'isolement peut entraîner la répétition de comportements pathologiques.

L'isolement est une réponse de l'individu mais est aussi la conséquence d'une anxiété sociale. Les individus sains sont anxieux devant une personne handicapée, âgée ou malade, car leur état leur rappelle que cela peut leur arriver. Le fait de s'imaginer à la place de l'autre entraîne un état de stress qui est difficile à supporter pour nombre de gens et de famille. Les individus sont ainsi de plus en plus isolés et laissés pour compte. L'être humain a en effet peur d'être confronté avec ses peurs [483].

Deuxième Partie :

Corps étrangers intra-rectaux

5HISTORIQUE

Le rapport le plus ancien sur la prise en charge d'un corps étranger intra-rectal remonte au XVIème siècle [314].

La présence de corps étranger intra-rectal peut avoir plusieurs étiologies. On distingue les corps étrangers ingérés par voie buccale, qui se retrouvent incarcéré au niveau du rectum et les corps étrangers introduits par voie rectale pour diverses raisons.

La cause la plus fréquente d'insertion de corps étranger est lié aux diverses pratiques sexuelles (48,7% des cas), la plupart du temps solitaires (61% des cas). 25% des cas sont d'origine auto-thérapeutique d'une constipation, d'hémorroïdes ou de prurit anal. 9,2% des cas sont d'origine traumatique et 11,8% des cas sont conséquences d'une agression. Le pari entre ami ou lors d'une festivité est noté dans nombre de cas et 5,3% des cas sont d'origine psychiatrique avérée. Ces pourcentages proviennent de la méta-analyse de Kurer et al. (2010), réalisée à partir de toutes les études et séries de cas depuis 1950[309].

Ce genre de circonstance est plus fréquent dans les pays industrialisés. Dans les pays pauvres, les praticiens sont rarement confrontés à des corps étrangers intra-rectaux [455].

Il ne semble pas y avoir de spécificité ethnique [314], car on retrouve des cas sur tous les continents, mais plus de cas sont décrits en Europe et aux Etats-Unis qu'en Afrique [406] ou en Asie [6].

Il ne semble pas non plus y avoir de tranche d'âge spécifique. On retrouve en effet des cas entre l'âge de 2 ans et 94 ans [524] auto- et hétéro-introduits avec une moyenne d'âge à 44,1 ans (DS 16,6 ans) selon la méta-analyse de Kurer et al. (2010). Il y a toutefois une distribution bimodale, à savoir un pic entre 20 et 30 ans pour érotisme anal et entre 60 et 70 ans pour constipation avec une prédominance masculine affirmée avec 37 hommes pour 1 femme de 1950 à 2009 [309].

Le type de corps étranger le plus souvent retrouvé dans la littérature est la bouteille [85]. 16,5% des cas entre 1950 et 2009 se sont introduit un objet en bois, 13,8% des items de soin de toilette (brosse à dent, déodorant, etc.)[309].

5.1 CORPS ETRANGERS IATROGENES ET/OU THERAPEUTIQUES

Les plus anciens textes médicaux citent des cas de patients se présentant avec des billots de bois dans le rectum. L'insertion venait de la croyance qu'en bouchant la voie de sortie des selles, la diarrhée du patient cesserait[177].

Fry (1994) cite les cas de corps étrangers iatrogènes comme étant la cause la plus fréquente de traumatisme rectal[205].

De nos jours, les cas les plus fréquents de corps étranger intra-rectal dans ce contexte sont les thermomètres, également pourvoyeur de nombreux traumatismes à type de fissure anale ou de rectorragie sans mentionner les cas de fracas de verre de thermomètre au mercure dans le rectum. Ces complications surviennent habituellement chez les jeunes enfants et les patients âgés[205 ; 465, 516].

L'utilisation des thermomètres rectaux peut en effet être dangereux. Lau et al. (2008) citent 15 patients âgés de moins de 5 ans avec un thermomètre cassé dans le rectum[321]. Un patient avait un thermomètre entièrement incarcéré dans le rectum. Morales et al. (1983) décrivent même le cas d'une migration du bulbe du thermomètre via le deuxième foramène sacré gauche et le canal sacré jusqu'à l'espace épidual L5-S1. Une laminectomie a finalement été nécessaire pour extraire ce corps étranger[397]. Chiu et al. (2007) décrivent pour leur part la découverte fortuite d'un thermomètre entier cassé en 2 morceaux, après migration, et retenu dans le pelvis pendant plus de 7 ans sans aucune manifestation clinique [106]!

Des tubes de produits laxatifs par voie rectale ont également été retrouvés insérés dans le cadre d'un auto-traitement de la constipation [283]. Ces produits laxatifs sont parfois hétéro-introduits par le personnel médical[2] et les embouts protecteurs des produits utilisés se retrouvent parfois retenus dans le rectum [583].

Dans le cadre du traitement de la constipation, Clarke et al. (2005) retrouve 2 patients sur 13 pour une période 10 ans, s'étant inséré un objet à visée laxatif[110].

Gilepsie décrit en 1934 le cas d'un homme de 64 ans admis pour s'être « par inadvertance » égaré un tube de vaseline dans le rectum en tentant de se soulager d'une constipation[211].

Un cas plus particulier est retrouvé à Hong Kong dans le même contexte. On cite qu'un homme de 50 ans a été admis pour péritonite suite à l'insertion « thérapeutique » d'une anguille dans le rectum pour soulager une constipation chronique [505].

En 1987, Wigle présente le cas d'un homme qui connecta une brosse à dents à un morceau de boyau d'arrosage qu'il brancha ensuite au robinet. Dans sa tentative d'évacuation de fécalome, la brosse à dent resta coincée dans son rectum, l'incitant donc à consulter aux urgences de l'hôpital du Rhode Island[567]. Un cas similaire est cité par Berghoff et Franklin en 2005[51]. Un homme de 57 ans utilisait l'étui en plastique de sa brosse à dent chaque semaine pour traiter sa constipation.

Des cas d'insertion de corps étrangers dans le rectum sont aussi cités dans un contexte de prurit hémorroïdaire. Pour soulager le prurit, certains patients auraient par inadvertance égaré des objets dans leur rectum [95].

Les cas iatrogènes sont donc le plus souvent retrouvés chez les patients situés aux 2 extrêmes de la vie. Il n'est pas non plus rare de retrouver des corps étrangers dans d'autres cavités, notamment le vagin chez les personnes âgées [272]et les oreilles chez les enfants.

5.2 HETERO-INTRODUCTION PAR MALVEILLANCE OU PERVERSION DES IDEES (VIOL)

Le contexte de viol est particulier. Une analyse approfondie de la notion de perversion est nécessaire pour comprendre l'origine des motivations des agresseurs et la manière adaptée de les prendre en charge. La prise en charge du patient victime d'agression est par ailleurs délicat et nécessite une expérience particulière dans ce domaine.

Cohen et Sackier (1994) retrouvent 5 patients sur 48 en 10 ans admis pour corps étranger intra-rectal suivant une agression sexuelle[116].

Wagner rapporte en 1937 le cas d'une prostituée chez qui a été introduit une queue de porc congelée[558].

Narjis et al. (2010) citent le cas d'un homme de 40 ans agressé par 2 individus ivres qui lui auraient introduit brutalement une bouteille en verre dans le rectum[406].

Memon et al. (2007) publient le cas d'un homme marié de 45 ans agressé par des individus 3 jours avant sa consultation aux urgences pour obstruction rectale par bouteille en verre[379].

Gould rapporte pour sa part le cas d'une intoxication fatale par insertion d'allumettes phosphorées chez un garçon de 15 ans en 1897[224].

L'agression par corps étranger introduit dans le rectum peut entraîner la mort. En effet, il a été décrit des cas d'hémorragie massive suite à une agression plus ou moins compliquée de sepsis par perforation rectale. Ikeda et al. (1991) décrivent le décès d'un homme de 75 ans suite à l'insertion d'une canne par un patient psychiatrique homosexuel[266].

De très rares cas de mésusage de la voie rectale pour commettre un suicide ont été décrits. Prahlow (1998) décrit le cas d'un homme souffrant de plusieurs paraphilies qui s'était inséré une arme à feu dans le rectum. Le coup de feu a entraîné une hémorragie massive mortelle[448].

Un cas de brûlure rectale par chalumeau a également été décrit. L'hémorragie massive suite aux blessures digestives a entraîné la mort du patient[516].

Le cas d'un patient dépressif de 24 ans ayant tenté de se « détruire » est décrit en 1955 par Butters[87]. En effet, celui-ci s'est introduit un volumineux pétard dans le rectum pour ensuite l'allumer. Il s'adressa aux urgences pour douleurs abdominales et rectorragies en état de choc hémorragique sans révéler au premier abord les faits véridiques.

5.4.1 Trafic mondial

Un body-packer est un individu qui dissimule des sachets de drogues dans son tube digestif, soit par ingestion, soit par introduction rectale. Avec l'augmentation progressive de la consommation de drogues de tout genre sur la planète et la hausse des prix des marchandises, le « métier » de body-packer connaît depuis quelques décennies un essor important.

Trois principales substances sont transportées par dissimulation intracorporelle : le cannabis, l'héroïne et la cocaïne.

Selon l'étude de STADA (Suisse), la cocaïne est la drogue la plus transportée de cette manière, suivie par l'héroïne.

Selon les constatations de STADA en 2000, la majorité des pourvoyeurs sont d'origine balkanique (Ex-Yougoslavie et/ou Albanophones : 15%) et africaine (67%).

Selon les statistiques suisses, 75% des trafiquants d'héroïne ne sont pas consommateurs. Ils sont principalement âgés entre 16 et 25 ans et sont d'origine balkanique ou libanaise. Les vendeurs de cocaïne sont majoritairement des Africains en demande d'asile, également âgés entre 16 et 25 ans. 80% d'entre eux ne sont pas consommateurs [231].

La Turquie accueille la morphine-base produite au Liban, sur les hauts plateaux d'Anatolie, d'Iran, d'Afghanistan, du Pakistan et des Républiques d'Asie centrale issues de l'Ex-URSS. C'est dans les laboratoires de Turquie que se fait la transformation de morphine-base en héroïne. Le transport se fait ensuite par la « route des Balkans », à travers la Bulgarie, la Hongrie, la Tchéquie et la Pologne.

La cocaïne se transporte principalement par voie maritime (containers à double fond) vers l'Espagne et le Portugal. Le transport aérien se fait par les « mules » et « body-packers » qui peuvent chacun contenir entre 500 et 1000 grammes de produit.

Chaque gramme peut se vendre entre 80 et 100 euros dans la rue. Chaque mule a donc une valeur approximative maximale de 100 000 euros[231].

La cocaïne retrouvée en Europe occidentale provient principalement d'Amérique du Sud (Colombie, Bolivie, Pérou, Argentine) via l'Espagne et le Portugal. Les fournisseurs proviennent d'Afrique de l'Ouest, de Guinée, de Sierra Léone et de Mauritanie principalement. La cocaïne interceptée en Grande-Bretagne provient principalement du Ghana. La contrebande en provenance des Caraïbes s'est effondrée entre 2002 et 2006 [68].

La contrebande de drogues dures dans les pays scandinaves est en augmentation tout comme partout au monde [243].

Une partie de la contrebande de drogues aux Etats-Unis passent par la frontière mexicaine. Les « body-packers » dissimulent souvent la drogue dans le tractus gastro-intestinal, soit en ingérant les sachets, soit en les introduisant dans le rectum. Parfois, les femmes cachent les sachets dans leur vagin. Les suspects doivent alors signer un consentement pour subir une radiographie abdomino-pelvienne et si besoin des investigations plus poussées. Si la personne refuse, un mandat doit être édité[444].

Dans le pays de Galles et en Angleterre, le « Drug Act » de 2005 permet aux autorités policières de réaliser un examen d'imagerie en cas de suspicion de dissimulation de drogues[83].

5.4.2 L'art du « *body-packing* »

Les sachets sont ingérés ou insérés par le rectum après avoir été emballés dans du plastic, des ballons, de la cellophane [249] ou des préservatifs [264] et mesurent entre 2 et 4 cm.

Les sachets ingérés sont habituellement de plus petite taille, d'environ 2 centimètres et sphériques. Les sachets insérés par le rectum sont plutôt ovalaires et mesurent 4 à 6 cm de longueur. Des sachets en forme de boule de diamètre jusqu'à 5 cm ont été retrouvés. [444 ; 557]. Les sachets de production industrielle sont de structure uniforme, alors que les sachets assemblés manuellement diffèrent l'un de l'autre [83].

5.4.3 Profilage et diagnostic

Un profil type du « body-packer » est utilisé par les douanes pour tenter de distinguer les potentiels dissimulateurs. Ces individus porteraient plutôt une jackette ou une chemise de meilleure qualité que leurs pantalons ou leurs chaussures. Ils ne portent habituellement pas de bijou et diffèrent des hommes d'affaires par leur façon de parler. Ces « body-packers » n'ont souvent pas de réservations avec une agence de voyage, n'ont pas de destination particulière et voyagent plutôt avec de l'argent liquide (500-1000€). On peut parfois retrouver dans leurs bagages des produits particuliers comme des préservatifs, des gants en latex, des huiles, du papier de toilette, des produits contre les flatulences, des spasmolytiques et des capsules de charbon en cas de rupture d'un des sachets [249].

Les emballages de drogues peuvent être retrouvés au scanner si le toucher rectal n'arrive pas à mettre en évidence d'objet dans le rectum. Le scanner est en effet une bonne technique de détection de drogues dissimulées dans le tube digestif [508]. L'heure d'ingestion déterminera l'emplacement approximatif des sachets

Avec une simple radiographie, le nombre de faux négatifs est non négligeable, d'où l'intérêt de réaliser une tomodensitométrie en cas de forte suspicion de dissimulation de drogues. Yang et al. (2009) rapporte 1,2% de faux négatif avec une

radiographie d'abdomen sans préparation parmi 158 patients chinois[580]. McCaron & Wood (1983) notent 33% de faux négatifs. Si l'individu n'a ingéré que quelques petits sachets, la détection radiographique s'en trouve plus compliquée[368].

Les signes radiologiques à rechercher pour les sachets d'héroïne sont la présence du signe de l'oignon (« *onion sign* ») et du signe de l'anneau d'air (« *air-ring sign* »)[580]. Des structures géométriques positionnées un après l'autre sont caractéristiques. On peut également calculer la densité des structures pour identifier le type de drogue [249]. Le scanner est sans aucun doute la technique la plus sensible[194 ; 195], mais la radiographie d'abdomen sans préparation est la technique la plus accessible et la moins chère. La radiographie est donc à réaliser en première intention devant un patient asymptomatique. La sensibilité de cet examen varie entre 47 et 95% selon les études [68].

Les sachets contenant du cannabis et de la cocaïne sont de forme rectangulaire et très radio-opaques. On retrouve le signe du « double préservatif » (« *double condom sign* ») à la radiographie simple ainsi qu'au scanner. Les sachets d'héroïne sont plus difficilement distinguables à la radiographie, car leur opacité est très semblable à celle des selles. Ces sachets sont plutôt ronds ou ovalaires et révèlent à l'échographie un cône d'ombre postérieur [265]. Le hashish est beaucoup plus dense que les selles, alors que la densité de l'héroïne se rapproche de l'air. La cocaïne a une densité moindre que l'eau, mais est moins radiotransparente que l'héroïne. Le nombre de sachets peut monter jusqu'à 200 par personne [98].

L'échographie abdominale est un examen de premier choix pour détecter la présence d'un iléus et d'un épanchement péritonéal. Elle est donc indiquée en cas de suspicion de complications à type de perforation ou de réaction toxique liée au produit. Le radiologue recherchera un cône d'ombre postérieur pour distinguer les drogues des selles [147].

L'échographie permet la détection de bois, de verre, de métal, de plastique ainsi que des éventuelles complications des tissus mous associées. Elle assure un risque et une invasivité minimale. Son coût permet également de la situer en tête de file pour la détection de corps étrangers intra-rectaux [71].

La tomodensitométrie présente un intérêt diagnostique majeure par rapport à la radiographie simple, mais des cas de faux négatifs ont toutefois été cités [170].

L'IRM n'a pas sa place dans la détection des sachets de drogues chez un patient avec un péristaltisme normal et n'apporte pas grand chose quant au diagnostic du type de drogue dissimulé[249].

5.4.4 Symptomatologie

Les symptômes que les « body-packers » peuvent présenter vont de simples douleurs ou gênes abdominales à une dyspnée avec insuffisance respiratoire d'installation rapide. Henebiens et al. (2007) rapportent que la plupart des cas de gastrotomie ou d'entérotomie pour extraction des sachets de drogues se compliquent d'une péritonite[247].

Des crises épileptiques peuvent survenir, mais sont rares et surviennent habituellement dans les 2 heures après ingestion. Il a été rapporté toutefois des cas de crises tonico-cloniques chez des passeurs de crack-cocaïne 10 à 24 heures après ingestion.

Le toxidrome présenté par le patient devrait habituellement être identifiable. Il existe toutefois des cas d'intoxication mixte à l'héroïne et à la cocaïne qui peuvent altérer le tableau.

La cocaïne cause agitation, sueurs, mydriase, hyperthermie, tachycardie et hypertension. L'infarctus du myocarde et la fibrillation ventriculaire sont les effets plus sérieux notés. A l'inverse, l'héroïne altère la conscience, entraîne une dépression respiratoire, un myosis serré et une diminution du transit.

L'empoisonnement peut survenir dans le pays d'origine, durant le vol ou dans le pays de destination [68] et peut survenir tardivement jusqu'à 10 jours après ingestion [563]. Entre 1970 et 1980, on note 10 décès par intoxication massive à la cocaïne en Floride [563].

Des cas de syndromes occlusifs ont été décrits [68 ; 192] et sont le motif d'hospitalisation de moins de 10% des cas référenciés [45].

Le tableau ci-dessous énumère les facteurs de risques de complications en cas de dissimulation de drogues dans le tube digestif.

Facteurs de risques de complications en cas de dissimulation de drogues

- Douleur abdominale
- Vomissements
- Signes d'empoisonnement
- Sachets assemblés à la main
- Importante quantité de drogue
- Importante quantité de sachets
- Sachets volumineux
- Elimination des sachets retardées (>48 heures)
- Passage de fragments de sachets dans les selles
- Empoisonnement chez un co-« body-packer »
- Antécédent de chirurgie abdominale (adhérences)
- Utilisation concomitante de drogue
(qui augmente la constipation)
- Instabilité hémodynamique
- Tests urinaires positifs après un premier négatif
(peut signifier une rupture)

Tableau 3.0 : facteurs de risques de complications en cas de dissimulation de drogues intra-digestif

Outre les cas de dissimulation de drogues, on retrouve également dans la littérature, des cas de dissimulation d'armes à feu, d'outils ou d'argent [110].

En ce qui concerne le milieu carcéral, la drogue entre le plus souvent par les visiteurs ou par les membres du personnel. La dissimulation se fait à l'aide de livres creusés, de matériel sportif, de doublures de vêtements ou de matériel pornographique [267] et rarement par ingestion ou par rétention dans le rectum.

Les traumatismes ano-rectaux ne sont pas si rares. Par contre, très peu de cas où des corps étrangers restent incarcérés dans le rectum sont décrits[85]. Ces genres de traumatismes surviennent habituellement dans le cadre d'accidents de travail ou d'accident de la voie publique[264]. Les complications sont généralement plus fréquentes et les lésions associées renforcent la gravité du tableau.

Une étude de 2009 rapporte un enfoncement d'un corps vertébral suite à une chute sur une barre de fer dans le cadre d'une chute. Le traitement chirurgical a été efficace et une colostomie a été nécessaire pendant 3 mois[559]. Un cas similaire nous est cité par Gupta et Agarwal en 2000. En effet, un homme de 24 ans a été admis en service de chirurgie après être tombé de haut sur un objet solide cylindrique qui est resté incarcéré dans le rectum[234].

Dje et al. (1999) rapporte le cas d'un homme de 41 ans présentant des douleurs pelvi-rectales et une récurrence de fistule anale. Devant la persistance des douleurs et la récurrence de la fistule malgré la mise à plat, plusieurs examens complémentaires (lavement baryté, urétrocystographie rétrograde, échographie, tomodensitométrie abdomino-pelvienne) sont réalisés. Le scanner révèle finalement une image d'abcès pelvi-rectal. Suite à l'opération, on retrouve un bout de bois incarcéré dans la paroi rectale, à l'origine des troubles. L'objet avait été introduit suite à un traumatisme (chute de haut sur un buisson)[155].

Lowicki raconte en 1965 le cas d'un patient obèse de 73 ans qui, s'étant assis sur une planche de bois trouée soutenue par des billots de bois, avait fait rompre le siège par son poids. Sa chute se compliqua de la réception d'une bouteille en verre directement dans le rectum[342].

5.6 CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS PAR L'ALIMENTATION

Les corps étrangers qui se retrouvent logés dans le tube digestif suite à une ingestion sont le plus souvent retrouvés chez les enfants, les patients handicapés mentaux et des adultes avec des comportements sexuels inhabituels [264]. Il arrive que l'ingestion de corps étranger se produise lors d'un état d'ivresse aiguë ou lors d'abus de drogues euphorisantes. Il arrive également de retrouver ce genre de situation dans un contexte d'abus physique et/ou sexuel chez l'enfant [264].

Dans de rares cas, certains corps étrangers avalés arrivent jusqu'au rectum pour s'incarcérer dans la paroi. Il faudra déjà que l'objet arrive à traverser l'étape du pylore. Il s'agit donc le plus souvent de cure-dents, d'épingles et d'osselets animaux. Selon une étude de McPherson et al. (1957), moins de 1% de ces corps étrangers entraînent une perforation [376] et les localisations sont plutôt iléo-caecales [264]. On retrouve parfois de petits objets métalliques ou des morceaux de prothèses dentaires [217].

Selon McManus (1941), 46% des perforations sont dues aux os d'animaux [375]. Les os de poulets sont les principaux corps étrangers ingérés fourvoyeurs de lésions digestives basses [525].

Peart écrit en 1915 un article sur le cas d'une femme de 49 ans chez qui il a découvert une écharde de bois incarcérée au niveau de la ligne pectinée. Cette ingestion accidentelle d'un morceau de bois lui aura causé 15 ans de ténésmes et de douleurs périnéales [425].

De larges objets peuvent également transiter à travers tout le tube digestif pour s'impacter dans le recto-sigmoïde. Linos et Nestoridis (2000) décrivent le cas d'une jeune femme de 17 ans chez qui a été enlevé laparoscopiquement le manche d'une cuillère en bois ayant perforé le colon au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne [336].

5.7CORPS ETRANGERS D'ORIGINE EROTIQUE

Plusieurs cas isolés ont été décrits dans différents pays de la planète au cours des 60 dernières années. Il ne semble pas y avoir de spécificité américaine ou européenne et il n'existe pas d'études comparant la prévalence d'insertion d'objet étranger d'une région à l'autre. Les différentes études proviennent des quatre coins de la planète. Plusieurs séries de cas ont également été présentées dans la littérature scientifique. On retrouve approximativement 4300 patients dans le monde entier entre 1973 et 2005 cités dans une étude pour « lésions associées à l'auto-érotisme ». Ces cas incluent également des traumatismes urethro-vésicaux et vaginales[578] et sont âgés entre 13 et 80 ans.

La plupart des études révèlent que la plupart des cas d'introduction de corps étrangers dans le rectum sont d'origine érotique. La stimulation sexuelle représente 80% des cas des études de Cohen et al. (1996) [116]et de Lowicki (1996)[342].

Les objets sont en général introduit par le patient lui-même et parfois par un partenaire sexuel [121].

Les cas décrits concernent surtout les sujets de sexe masculin [306]. Le phénomène connaîtrait une tendance croissance au sein de la population homosexuelle [481]. Certains auteurs parlent d'un « résultat de la libéralisation des pratiques sexuelles des sociétés contemporaines » [282]. Mais ces pratiques ne sont pas exclusives à la population homosexuelle[413]. En effet, on note des cas de femmes adressées pour corps étranger intra-rectal suite à l'auto- ou l'hétéro-insertion d'objet lors d'un acte sexuel avec un partenaire [241]. On note également plusieurs hommes sans antécédents d'homosexualité.

La prédominance mâle du phénomène est toutefois indéniable. Le plus grand amalgame de cas a été assemblé par Busch et Starling en 1986[85]. Pour 195 patients s'étant volontairement introduit un objet dans le rectum, on compte 28 hommes pour 1 femme. La tranche d'âge la plus retrouvée est la tranche 51-60 ans, incitant à penser que des troubles neuropsychiatriques sont peut être cachés derrière cette tendance.

Lake et al. (2004) retrouvent pour leur compte, 85 hommes sur 87 patients[314]. Siu et al. (2004) mentionnent 4 à 5 hommes pour 1 femme[505].

Subbotin et al. (2000) retrouve 12 patients sur 26 (23 hommes et 3 femmes) s'étant introduit un corps étranger dans le rectum à visée érotique, sur une période de 22 ans dans leur centre en Russie. Ils ont retrouvé des bouteilles en verre et en plastique, des concombres et des carottes, des objets d'aspect phallique en bois ou en caoutchouc[519].

Entre 1984 et 1994, Cohen et Sackier (1996) retrouvent 48 patients admis pour corps étranger intra-rectal sur 3 centres, dont 78% d'origine érotique[116].

Biriukov et al. (2000) retrouvent 112 cas de corps étrangers intra-rectaux à Moscou, en Russie, de 1969 à 1998, chez des patients âgés de 16 à 80 ans (99.1% d'hommes)[57].

Huang et al. (2003) ont cité 10 patients masculins à Taipei, Taiwan, entre 1979 et 2000. L'âge moyen était de 57 ans. Les bouteille en verre et les godemichets sont les objets les plus retrouvés[259].

Ruiz del Castillo et al. (2001) ont retrouvé 17 cas de corps étrangers intra-rectal suite à des pratiques sexuelles entre 1980 et 2000[478].

Lake et al. (2004) ont retrouvé 87 cas de patients hospitalisés pour corps étranger intra-rectal de 1993 à 2002 à Los Angeles dans un seul centre[314].

Rodriguez-Hermosa et al. (2007) ont trouvé 14 patients sur 30 s'étant inséré un corps étranger dans le rectum dans le cadre d'une activité sexuelle entre 1997 et 2004 en Espagne [468].

Safioleas et al. (2009) rapportent 34 patients sur une période de 25 ans dans leur centre à Athènes, en Grèce[481].

Rodrigues et Lobo (2010) rapporte le cas d'une femme de 47 ans en Inde qui s'est présenté aux urgences pour insertion d'un godemichet électrique dans le rectum durant la célébration de son anniversaire[467].

Clarke et al. (2005) retrouvent 13 patients de 1995 à 2005 en Afrique du Sud. Les patients sont âgés de 2 à 66 ans. La plupart de leur patients s'étaient auto-inséré les objets à visée auto-érotique. Ils ont retiré un canif, une canette de déodorant, un gobelet, un sac de plastique avec des hameçons, une lampe de poche, un manche à balai, un godemichet électrique, une poêle portable, une canette aérosol un tuyau d'arrosoir entouré de fil métallique[110].

David (2009) cite 15 hommes de 22 à 71 ans admis pour corps étranger dans le rectum en Russie entre 1980 et 2003. 20% des objets sont des concombres. Ils ont retrouvé 11 hommes homosexuels sur 15[131].

Konishi et ses collègues (2007) citent le cas d'un homme de 79 ans au Japon, qui s'est inséré une ampoule électrique dans le rectum après s'être masturbé plusieurs heures. Il n'y a pas de notion de suivi neuropsychiatrique[303].

Hogan et al. (2009) citent les objets cylindriques comme étant les plus fréquents. Les objets retrouvés incluent des bouteilles, des godemichets, des fruits et légumes ainsi que des boules de toute taille[254].

Selon Crass et al. (2006), le nombre de patients avec des corps étrangers intra-rectaux est en augmentation[124]. Selon Sharma et al. (2007), l'utilisation d'objets utilisés pour l'érotisme anal étant en augmentation, les corps étrangers incarcérés dans le rectum le sont également[499].

La fréquence de découverte d'un corps étranger dans le rectum reste donc plus fréquent chez l'homme que chez la femme [254]et les patients sont souvent âgés de plus de 40 ans. Malgré tout, les études mettent plutôt l'accent sur le versant chirurgical de la problématique.

5.8 PRATIQUES SEXUELLES, SOCIÉTÉ : LOIS, COUTUMES ET CROYANCES

Au cours du XX^{ème} siècle, les pratiques sexuelles diverses se sont de plus en plus banalisées et la relation « classique » monogame et conjugale s'est vue de plus en plus laissée de côté. L'humanité est passée d'une époque de réprobation des relations sexuelles à une démocratisation des pratiques.

5.8.1 Onanisme

Du personnage biblique « Onan », la pratique de la masturbation (onanisme) a longtemps été vécu comme porteur d'une énorme culpabilité. Le personnage biblique Onan fut exécuté par Dieu pour avoir gaspillé sa semence et donc pour avoir trahi le pacte (*the Covenant*) avec lui, d'où la considération de cet acte comme un crime reprochable et punissable de la loi divine.

Le terme masturbation vient du grec *mastropœuein*, qui signifie « prostituer ». Un autre terme coexista pendant plus d'un siècle (*manusturpation* de *manus*, la main et de *stupratio*, action de souiller).

Selon le Larousse médical du XVIII^{ème} siècle, il s'agit d'une « excitation solitaire des organes génitaux qui peut se produire dès la petite enfance (2, 3, 5 ans) ayant pour origine une démangeaison locale suite de malpropreté. Plus tard, dans la seconde enfance, elle prend une gravité assez grande ayant pour conséquence un grand affaiblissement physique : la diminution de la mémoire et de l'intelligence, un état d'abrutissement intense » [271].

« Bien qu'elle soit le plus fréquent de notre sexualité, la masturbation reste le tabou le plus intime de la morale sexuelle occidentale. Les mœurs ont changé, on montre le sexe à la télé, on peut parler de viol, de l'inceste, de la transsexualité, car cela ne nous concerne pas directement, mais on tait encore la masturbation qui se pratique en cachette, en secret, à l'insu du partenaire » [75].

De plus en plus, les mœurs se libèrent et ce non seulement en Europe. Le sexe est de plus en plus banalisé et publicisé, de plus en plus diffusé et accessible. Tous les fantasmes inimaginables peuvent être retrouvés sur la toile. Du cannibalisme à la pédophilie au sexe en groupe, en passant par le sado-masochisme et le viol collectif, par le cannibalisme et la torture, les pratiques sexuelles humaines et parfois même en compagnie d'animaux sont désormais accessibles à tous. Sur certains sites des filles de bas âge se masturbent, des hommes et femmes s'auto-mutilent ou s'insèrent des animaux en direct. Le sexe virtuel se fait au travers des web-cams, à l'aide d'instruments de plus en plus sophistiqués pour assouvir les plus secrets des fantasmes. Et même si ces comportements sexuels pseudo-solitaires se répandent à une vitesse fulgurante, discuter de la masturbation reste un tabou, en parler à son médecin reste gênant pour nombre de gens. Qui va imaginer demander des conseils sur des sex-toys au médecin du village ?

Quoiqu'il en soit au début de notre XXIème siècle, l'approche de la sexualité et de la masturbation a beaucoup évolué au cours du temps.

Dans la Rome antique, l'auto-érotisme est considéré comme essentiel dans l'épanouissement personnel. Dans le poème de Sapho, on peut lire : « de ta putain de gauche tu uses, et fais servir ta main amie à tes plaisirs » (IX, 42)[489].

Au cours du XIIème et du XIIIème siècle, cet acte solitaire se vivait librement dans le plaisir sans aucune condamnation. Les traces dans la littérature y faisant allusion sont succinctes. Quelque satire burlesque en fait une alternative plaisante, mais stérile, au plaisir fécondant. On le vit comme un substitut à l'amour à deux[271].

En 1457, dans « *les Caquets de l'accouchée* », on peut lire : « Si j'eusse pensé que ma fille eût été si vite en besogne, je lui eusse laissé gratter son devant jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans »[15].

Au XVIème siècle, Ambroise Paré en fait un jeu de l'amour dans les préliminaires[75].

En 1576, Montaigne utilise pour la première fois le mot *masturbation* dans les dernières pages du douzième chapitre du deuxième livre des *Essais* : « Car Diogène, exerçant en public sa masturbation, faisait souhait en présence du peuple assistant qu'il pût ainsi saouler son ventre en le frottant (...) A ceux qui lui demandaient pourquoi il ne cherchait lieu plus commode à se masturber qu'en pleine rue : c'est, répondait-il, que j'ai faim en pleine rue »[395].

« Car il est bon que les mots qui sont le moins en usage, moins écrits et mieux tus, soient les mieux sus et plus généralement connus » [395 : III, 5].

En 1584, Pierre de Bourdeille, appelé Bantôme, écrit dans ses mémoires « Il s'avisait, songeant à elle, se corrompre et se polluer[75]. »

On trouve des traces du terme sous forme populaire ou métaphorique au XVIIème siècle. « J'aiguise pour ce soir mon couteau » (Jean de La Fontaine)[137]. « Du bon Guillot le vit se raidissait/ Et le poignait si fort concupiscence/Que dans un coin se manuelisait » (l'Ode à Priape d'Alexis Piron)[441].

En 1758, un ouvrage intitulé « Essai sur les maladies produites par la masturbation » vit le jour en Suisse, écrit en latin par Samuel Tissot[530]. Ce texte va réveiller les vieux démons de l'Inquisition et la chasse aux sorcières. La morale sexuelle s'en trouvera durablement modifiée jusqu'au XXème siècle.

Un siècle plus tôt, la masturbation n'était pas plus condamnée par l'Eglise que les excès de libertinage. Une indifférence à l'égard de cette pratique semble régner. Le premier « traité de sexologie » en Occident, intitulé *Tableau de l'amour humain considéré dans l'état du mariage*, écrit par Nicolas Venette en 1675 n'en fait pas une fois allusion[553].

La découverte du spermatozoïde par Leeuwenhoek en 1677 bouleversa les mœurs au nom de la préservation de l'espèce et de la vie même[75].

Une brochure anonyme intitulée « *Onania* » ou le « Péché infâme de la souillure de soi » et toutes ses conséquences affreuses chez les deux sexes, avec des conseils moraux et physiques à l'adresse de ceux qui ont déjà eu préjudice de cette abominable habitude » est attribuée en 1710 à un certain Dr. Bekkers à Londres[75].

Par la suite, tous les grands médecins adoptèrent une position unanime et condamnèrent la masturbation.

Le pasteur Dutoit-Membrini publie quelques temps après Tissot « l'Onanisme ou Discours philosophique et moral sur la luxure artificielle et sur tous les crimes relatifs »[75].

« Cette maladie attaque les jeunes ou les libidineux, ils n'ont pas de fièvre et, quoiqu'ils mangent bien, ils maigrissent et se consomment... Les plaisirs nuisent toujours aux personnes faibles et leur fréquent usage affaiblit les plus forts. » [530].

Ces générations de médecins moralisateurs soutenus par les prêtres et l'Eglise ont été à l'origine de refoulement, d'angoisses et de culpabilité. Pointé du doigt comme une épidémie, la répression physique et morale des pulsions sexuelles allait jusqu'au délire.

Le terme ne fait son apparition dans le *Dictionnaire de l'Académie* que dans la sixième édition en 1835[75].

Le masturbateur est donc condamnable à mort par l'Eglise, au même titre qu'Onan, pour avoir laissé s'échapper la vie. Se masturber, « c'est ne faire rien moins que d'anéantir le système de la création » [378].

D'Hippocrate jusqu'à Galien, le sperme était considéré comme l'humeur la plus importante et l'excès sexuel était à l'origine d'une déperdition de l'énergie vitale. L'idée est reprise par les médecins jusqu'à la fin du XIXème siècle[76].

En 1772, Lignac fait allusion aux femmes. « La grandeur du clitoris, qui égale quelquefois et surpasse même celle de la verge, a porté des femmes à en abuser avec d'autres. C'est pour cette raison que l'on a nommé le clitoris le « *mépris des hommes* ». On nommait ces femmes « frotteuses ». L'autosuffisance féminine signe leur indépendance et ne plait pas aux hommes de l'époque[75].

En 1782, Diderot exprime son opinion en faveur de la masturbation contre l'avis unanime de la médecine et du clergé[75].

Malgré l'opposition de l'Eglise face à cette pratique « criminelle », une littérature légère, érotique, parfois aux limites de la pornographie existe et plaide en faveur de la masturbation. « C'est le seul moyen d'être sage au couvent puisqu'on ne peut l'être sans se manuélier » (Mercier de Compiègne, 1873)[136]. Le Marquis de Sade (1740-1814) élève à son tour l'acte solitaire au rang de culte et en fait un véritable art de vivre[75].

En 1838, le Dr. Lallemand écrit dans son traité des pertes séminales (*Les pertes séminales involontaires*) que « la masturbation mine le corps social, elle relâche ou détruit le lien conjugal, elle attaque par conséquent la famille, base essentielle de toute société[75]. »

En 1868, Louis Bergeret inventera le terme de « fraude dans l'accomplissement des fonctions génératrices ». Il cite la masturbation comme cause de démoralisation et de dénatalité[75].

En 1893, le Dr. Fournier cite que c'est surtout en Afrique et dans les contrées méridionales de l'Asie que les adultes se familiarisent avec la pratique de l'onanisme en raison du climat. Il cite également que ce phénomène est naturelle chez les primitifs et pathologique chez les civilisés[75].

Les remèdes fleurissaient. Calmants, refroidissants, antispasmodiques, narcotiques, hypnotiques se vendaient pour vaincre le fléau de l'onanisme. La belladone, la jusquiame, l'opium ou le nénuphar étaient utilisés.

Parfois des sangsues étaient appliquées sur la région génitale pour apaiser le sexe congestionné par le désir sexuel !

Les conseils en tout genre circulaient également. Prendre des bains froids trois fois par jour avec de la limaille et un peu de cannelle, éviter les longs séjours au lit, l'inaction, l'oisiveté, les pantalons trop serrés, les amis suspects et les ouvrages licencieux [75].

Au XIXème siècle, le Dr. Lafon inventa le corset anti-onanisme, destiné à empêcher tout attouchement[75].

Le Dr. Milton, en Angleterre, préconisa une ceinture de chasteté solidement verrouillée de jour et un anneau pénien à pointes érectiles de nuit. La consigne était de se laver les organes génitaux à l'eau froide, une fois réveillé par son anneau[75].

Le Dr. Demeaux inventa même un appareil permettant aux adolescents de dormir dans des dortoirs spéciaux où la tête et les bras étaient séparés du corps[75].

L'électrothérapie et la chirurgie en tout genre ont été essayées. Circoncision, castration, clitoridectomie ou section des nerfs honteux internes ont été pratiqués jusqu'à ce que l'on se rende compte que sacrifier les organes n'abolissait pas le désir[75].

Vers la fin du XIXème siècle, on ose enfin parler du sexe sans culpabilité, mais la condamnation de la masturbation reste vive. Krafft-Ebing, psychiatre célèbre à l'origine de *Psychopathia sexualis*, dépénalise certaines perversions sexuelles mais cite l'onanisme comme le « mal originel »[307].

Henry Havelock Ellis est le fondateur de la psychologie sexuelle et l'inventeur du terme d'*auto-érotisme*. C'est le premier médecin à définir la masturbation « modérée » comme un fait naturel sans conséquence pathologique[169].

S. Freud pose le prochain pas avec les « *Trois essais sur la théorie de la sexualité* » en 1905. L'idée que la sexualité adulte chez la femme est vaginale et épanouie alors que la sexualité infantile est fixée à l'auto-érotisme et clitoridienne laisse entrevoir que la masturbation est considérée comme une phase de l'évolution qu'il faut laisser derrière. « J'en suis venu à penser que la masturbation est la seule grande habitude, le besoin primitif » [203].

En 1910 a lieu à Vienne la rencontre de la société psychanalytique sur les effets nocifs de la masturbation. Pour quelques uns, la masturbation est la marque d'une protestation virile. Certains croient qu'elle est un symptôme névrotique, peut-être cause de neurasthénie. Pour Freud, la masturbation est l'image-fantasme du coït[75].

Au XXème siècle, les opinions sont plus libres et moins dogmatiques.

Aucune preuve de cause à effet n'a pu à ce jour être mis en évidence entre une maladie quelconque et la masturbation. On sait que la plupart des femmes qui vivent une sexualité épanouie se masturbent. On sait également que la majorité des femmes connaissant des troubles sexuels ne connaissent pas la masturbation[75 ; 339].

On ne parle donc pas de ce qui nous semble « naturel ». On ne parle pas du sexe, de la sexualité. L'éducation sexuelle se résume à l'abeille et la fleur. Quelles sont les fonctions de la masturbation ? Quel est son rôle dans un couple ?

Quel est son rôle dans la maturation de l'adolescent ?

L'autoérotisme manuel permet de passer un cap difficile dans un couple. Certaines personnes vivent dans une frustration profonde en s'interdisant l'accès à l'autonomie. Certaines femmes vivent dans la dépression en attendant, que le plaisir qu'elles ont idéalisé ne peut venir que de l'extérieur. Pour P. Brenot, c'est un outil thérapeutique et une aide à l'épanouissement[75].

Le paradoxe de la masturbation reste impressionnant. D'un côté, il est le garant de l'épanouissement dans le couple, l'élément le plus fondamental de la sexualité, indispensable à la maturation. De l'autre, il est le tabou le plus solide de la morale sexuelle occidentale.

Malheureusement encore aujourd'hui, au XXIème siècle, certains psychanalystes culpabilisent cette pratique et sont à l'origine de l'inhibition sexuelle des enfants. D'autres la considère au moins comme infantile et traite cet acte solitaire comme une « régression » à un état antérieur. Si une chose est claire, c'est qu'il n'y a pas de consensus sur le phénomène.

5.8.2 L'érotisme anal

Depuis les temps anciens, l'Homme a utilisé des objets présents dans son environnement pour subvenir à ses besoins primaires. De la pierre taillée pour chasser jusqu'à la roue pour le transport, le développement des objets sexuels a lui aussi vu un essor au long des siècles.

La sexualité anale est connue depuis l'Antiquité. Les premiers textes y faisant allusion sont retrouvés dans l'Ancien Testament (Gomorrhe et Sodome).

Dans la Chine ancienne, le plaisir anal faisait partie de la sexualité habituelle, mais ne devait pas précéder le rapport vaginal. Malgré les déclarations par les officiers chinois que l'homosexualité était inexistante, une longue tradition d'homosexualité existe. De jeunes prostitués étaient entraînés dès un très bas âge à recevoir analement[356].

Dans la Grèce antique, la pédérastie semble naturelle et retentit dans la relation hétérosexuelle, même si Aristote la condamne et la cite comme « aberration de la nature ». Mégisthène de Lacédémone exprime son avis [442] ainsi : « C'est en effet ce que j'ai moi-même exprimé, lorsque j'ai dit avoir un moyen de faire qu'on se conforme à la nature dans ces rapports qui ont pour fin naturelle la procréation d'enfant, en s'abstenant d'avoir de tels rapports avec les mâles, et de ne pas plus, de propos délibéré, porter à l'espèce humaine le coup fatal, que l'on ne va ensemercer dans des rochers et dans des pierres, ou jamais le grain ne prendra racine (...) ».

La relation anale entre homme et garçons avait toutefois à cette époque une forte valeur éducationnelle. En effet, on croyait que le garçon recevant analement son professeur avait une éducation hautement personnalisée, ce que les Grecs considéraient comme essentiel[399].

En Inde, la sodomie faisait partie des positions sexuelles recommandées (traités du IIème, IVème et XVIème siècle). On ne notait pas de censure morale, mais de simples recommandations sanitaires, à savoir que la pénétration anale ne devait pas précéder la pénétration vaginale[399].

Dans le Coran, les Sodomites font parti des groupes maudits de Dieu. Malgré tout, des prostitués mâles existaient dans le monde arabe et en Asie musulmane.

Au Moyen Âge en Perse, on encourageait les hétérosexuels à avoir des relations anales pour limiter la croissance de la population [399].

Au Moyen Âge, la sophistication de la sexualité est devancée par la famine et la pauvreté. Les seigneurs, selon Georges Duby, auraient des pratiques homosexuelles, étant éloignés de leurs domaines pour de longues périodes[356].

Au treizième siècle apparaît un début de législation sur la sexualité anale. En effet, la sodomie est condamnée pour crime (1270). On ne retrouve malheureusement que 73 procès (dont 2 femmes) en sodomie entre 1317 et 1789 dans la bibliothèque nationale, les documents concernés ayant été pour la plupart brûlés avec les Sodomites[371].

Le plus ancien texte scientifique sur le sujet remonte au XIXème siècle. On décrit déjà divers cas où des corps étrangers, souvent artisanaux, ont été retrouvés[177].

La sexualité anale moderne regroupe l'anulingus, la sodomie, les lavements érotiques (« klismaphilie »), la fist-fornication et l'utilisation des corps étrangers. Ces pratiques font désormais partie de ce qu'on peut appeler « normalité » dans les civilisations du monde occidental. De ce principe viendrait donc l'avis quasi-unanime de la population qu'un corps étranger retrouvé dans le rectum n'est qu'une simple complication d'un geste sexuel prémédité dans un but érotique pur ? Malheureusement, de ce type de pensée anti-scientifique découle de nombreuses erreurs de prise en charge médicale des patients se présentant avec un corps étranger intra-rectal.

5.8.3 L'histoire du godemichet (« Sex- Toy »)

L'intérêt de percevoir les corps étrangers intra-rectaux utilisés à des fins érotiques, non pas comme un problème du XIXème siècle mais comme une pratique remontant à la préhistoire est rehaussée par l'histoire du godemichet.

En effet, il est important de réaliser que ce ne sont pas nécessairement les modifications des mœurs liées à l'industrialisation ou à l'informatique quelques temps plus tard, qui sont à l'origine des troubles sexuels à prédominance anale. Même si l'internet a engagé l'humanité dans une propagation voire une banalisation de toutes sortes de pratiques sexuelles considérées comme taboues par plusieurs civilisations terrestres, l'insertion de corps étrangers dans le rectum pour assouvir des pulsions sexuelles est une pratique qu'on peut nommer d' ancestrale et est retrouvée chez l'homme comme chez la femme.

Les plus anciennes images sexuelles retrouvées proviennent des gisements des environs des Eyzies et datent de l'Aurignacien* (aire Paléolithique supérieure, 35 000 ans avant J.C.)[356].

Des objets de forme phallique ont été retrouvés dès l'Aurignacien et leur usage reste d'étiologie mal précisée. La sculpture et la précision des détails de ces objets rendent incongrue l'idée de leur utilisation pour la chasse. Objet d'art ou objet érotique ?

A l'époque de l'Antiquité grecque, le godemichet était appelé « *olisbos* », issu du verbe *olisthanô*, qui signifie « glisser ». On lui vouait des vertus singulières liées aux relations saphiques. Les catégories sexuelles en Grèce et à Rome à cette époque étaient très différentes d'aujourd'hui. L'usage du godemichet entre lesbiennes qui est publicisée de nos jours où la femme a absolument besoin d'un substitut phallique pour être comblée ne doit donc pas être automatiquement superposée à l'usage qu'en faisaient les gréco-romains de l'Antiquité[356].

Lysistrata* donne à l' « *olisbos* » l'appellation de « secours de cuir ». Il servait à combler les femmes lors de l'absence de leur mari ou les veuves.

Beaucoup de comédies en font allusion. Il n'est retrouvé aucune allusion à l'homosexualité. Et, de façon générale, les objets-phallus sont rarement utilisés par des femmes seules et jamais par des femmes ensembles.

A Rome, on utilisait l'expression *scorteum fascinum*, « phallus de cuir » pour désigner le godemichet. Dans le *Satiricon* de Pétrone, une vieille femme le manipule pour raviver les ardeurs d'Encolpe*.

Le phallus à cette époque est retrouvé sur de nombreux vases et ornements et symbolise la fertilité ou simplement la fête. « Il n'existe aucune image de femmes utilisant un tel objet ensemble » [356].

Au Japon, le culte du phallus et du vagin était légion jusqu'à ce que la morale occidentale l'influence pour qu'on ne l'appelle pas l'empire du Sexe Levant [356].

Le premier sex-toy officiel du Japon remonte vers l'an 770. Le moine Yuge no Dokyo offrit un substitut en bois sculpté à l'impératrice Shotoku pour remplacer son organe incapable d'assouvir, en vieillissant, les appétits de sa conjointe[356].

Les *yujo*, « femmes galantes » au services des aristocrates japonais entre le VIIIème et le XIIème siècle, rendent culte aux dieux de la vie. Ces dieux sont souvent représentés sous forme de pénis rigides. Ces femmes collectionnaient des phallus sculptés et bâtissaient parfois une espèce de temple où elles vénéraient des milliers de phallus qu'elles utilisaient parfois une fois sédentarisées [356].

La déesse Kannon, déesse de la miséricorde, de l'amour et de la compassion ultime est souvent représentée sur les godemichés. Kannon était aussi le surnom donné au vagin, « Porte d'or »[356].

Plusieurs estampes du XVIIIème siècle schématisent des femmes s'accrochant des godemichés en bois aux mollets pour se masturber, des fois en présence d'autres femmes, des fois recherchant une inspiration extérieure, à savoir des livres érotiques.

A partir de 1855, les Japonais, craignant l'invasion occidentale, pensèrent qu'il fallait absolument donner l'image d'être civilisés. Toutes les effigies sacrées et les représentations de phallus servant d'ornement partout au sein des sanctuaires shintô furent détruits. La totale absence de tabous sexuels s'est progressivement métamorphosée en puritanisme de façade. Malgré tout, certaines festivités exhibent le phallus, toujours perçu comme divin [356].

L'utilisation des *sex-toys* au Japon est monnaie courante. Toutes les chambres des « *love hotels* » en sont équipés. L'inventivité des Japonais est impressionnante. Les hommes japonais les utilisent comme aphrodisiaques, comme des talismans pour « provoquer des orgasmes synonymes de Vie » [356].

En Occident, le godemichet prend sa place dès le XVIIème siècle. Le siècle des Lumières revendique la halte à l'onanisme et prêche pour une hétérosexualité codifiée et vaginale[356].

Les godemichets (ou *godemichis*) sont appréciés des classes sociales les plus favorisées dès le XVIIème siècle. Ils sont les accessoires principaux de l'amour illustré dans la littérature libertine. Ils sont fabriqués en bois ou en métal et atténués par une couche de velours. Ils lancent parfois un liquide laiteux. L'argent était le métal le plus utilisé.

Malgré tout, l'impact du siècle des Lumières révèle un assujettissement de la femme et des normes sexuelles plus prudes, où la masturbation et le sexe hors du mariage sont intensément critiqués[356].

« Le XVIIIème siècle libertin, léger, pornographique, qui contraste en France avec la période de grande rigueur morale précédente, met en place une vision très contrôlée du plaisir » [400]. Cette vision basée sur un modèle d'économie sexuelle dominera jusqu'aux années 1960.

Dans les pays anglo-saxons, à partir des années 1960, le vibromasseur a été pris en main par les communautés féministes pour revendiquer une libération sexuelle[356].

L'histoire occidentale du vibromasseur est mêlée au traitement médical de l'hystérie. L'hystérie vient du grec *hystera* qui signifie utérus. A l'époque d'Hippocrate, la masturbation était le traitement médical des femmes hystériques, « pour le faire atteindre un paroxysme hystérique (orgasme) » [356].

L'aire industrielle a permis la naissance d'une série d'appareils mécaniques permettant aux bons médecins de pratiquer le massage pelvien de leurs patientes. S'en suivirent plusieurs fabricants revendiquant comme indispensable au confort ménager les « *vibrators* », à côté d'autres objets modernes. « C'est la meilleure chose que j'aie jamais essayée pour traiter la gorge et les cordes vocales », cite Mme Julia Sanderson, actrice et chanteuse, en 1913 [356].

Les instruments étaient confectionnés en métal et/ou avec du caoutchouc au début du XX^{ème} siècle pour être ensuite remplacés par du plastique.

Dans les années 1920, plusieurs fabricants cessèrent la production des vibromasseurs et les publicités diminuèrent. Entre 1930 et 1965, les appareils étaient vendus comme instrument pour faire perdre du poids ou aidant à la relaxation musculaire. Certains instruments étaient spécifiquement conçus pour les chiropracteurs pour élargir le spectre de leurs massages[356].

Les normes sexuelles évoluèrent dans les années 1950 et 1960. La masturbation n'était plus une pratique perçue comme interdite. Les conseils aux femmes concernant la bonne utilisation des vibromasseurs étaient alors diffusés[75].

La communauté gay s'empare des sex-toys dans les années 1960.

Le premier magasin de vente par correspondance de sex toys pour femme fut créé en 1974 à New York City. Des ateliers de masturbation dans la nudité complète pour faire bon usage des vibromasseurs ont commencé à voir le jour dès 1966, même si dans certains états des Etats-Unis, il était interdit de vendre tout ce qui stimulait les parties génitales[356].

En France, la brigade mondaine ralentit le commerce des godemichés jusqu'à la fin des années 1970.

L'Allemagne a été le premier producteur de vibromasseurs à piles jusqu'à ce que le Japon ne la dépasse.

Les destinataires de ces « accessoires de l'amour » sont des hommes et des femmes cherchant à assouvir un plaisir solitaire et aux lesbiennes. Des hommes impuissants en achèteraient également pour satisfaire leurs partenaires. Malgré tout, le gros godemichet en plastique serait un fantasme masculin [356]. En effet, selon les différentes interviews avec des teneurs de sex-shops, les engins sont souvent achetés par des hommes pour des femmes qui finissent par les jeter.

Avec l'avènement du cinéma pornographique dans les années 1980, des godemichets étaient moulés directement sur les stars du X. Ces modèles étaient plutôt recherchés par la communauté gay.

Les femmes dans leur majorité préféreraient les godemichets réalistes. Certaines préfèrent les gadgets phalliques stylisés puisqu'elles peuvent les montrer à leurs amies sans gêne en faisant ressortir le côté « non porno » de l'engin [356].

« Creux, ils se remplissent de liquides bouillants. En métal ou dotés d'une forme exagérée, ils provoquent la souffrance » [356].

L'arsenal sado-masochiste disponible est en plein essor. On retrouve des slips-godemichets, des godemichets à lavement chaud. Certains sont munis de petites pointes d'acier. Certains sont gonflables pour distendre les orifices.

Du latex au silicone, du métal à l'hypoallergénique, du sur-mesure aux modèles classiques, de l'incandescent au rétractible, la technologie donne la main à la créativité et de nouveaux modèles voient le jour chaque année.

Des modèles de luxe en cristal de Baccarat ou décorés de diamants existent. Chaque culture utilise les matériaux qui lui sont propres, comme l'Onyx en Indonésie. Des produits en peau de serpent sont également vendus.

L'achat de « *vibrators* » est de plus en plus facile et peut se faire de façon anonyme sur internet. Il existe une large gamme de produits de fabricants diverses, de tailles et de formes variées. Un design personnel est même possible sur certains sites. L'anonymité des achats et la possibilité de pouvoir prendre calmement un design sans être bousculé ou stressé d'être jugé par le regard des autres en fait toute son attraction.

De plus en plus, on en retrouve sur de grands sites sous la rubrique « Hygiène et Beauté » (sous-rubrique « Intimité »).

Patrice Macar, PDG de SexyAvenue.com déclare vendre approximativement mille godemichets par jour en 2008[356].

La série télévisée « *Sex and the City* » permet aux jeunes d'avoir accès à une publicité sur les godemichets. Les différents modèles utilisés par les femmes de cette série sont publicisés et de plus en plus recherchés par la clientèle en croissance exponentielle. Le modèle « *The Rabbit* » est un des plus populaire et se vend à des millions d'exemplaires [356].

Avec la recherche et le développement, les godemichets sont moins homocentrés. L'accent est mis sur les vibrations du clitoris et non plus sur la pénétration vaginale brutale et douloureuse.

Il existe donc une vaste série de produits pour femme, mais également pour homme. Des godemichets vibreurs à embout incurvé dédié au massage prostatique existent. Certains produits sont fabriqués avec une poignée pour éviter les complications rectales que nous discutons dans ce document.

Avec la polémique des phtalates dans la fabrication des jouets, la revendication pour des godemichets écologiques et non dommageables pour la santé est de plus en plus démocratisée.

Du simple godemiché en plastique au plus complexe des instruments électriques chauffants ou télécommandable, le client a largement le choix pour assouvir à ses pulsions les plus intimes. Ce qu'il manque aux gens, ce sont les conseils. Le mésusage des produits est fréquent. Les godemichés à visée vaginale ne doivent pas être introduits dans l'anous puisqu'ils peuvent rester coincés. Que ce soit pour le plaisir à deux ou à plusieurs ou pour le plaisir solitaire homo ou hétérosexuel, le client peut visiter les boutiques érotiques en ligne pour trouver l'instrument idéal. Malheureusement, le sexologue en ligne n'est toujours pas disponible et parler du sexe ou s'inscrire à des discussions sur le sexe reste tabou.

Malgré tout, l'hédonisme et le culte du plaisir sont de plus en plus d'actualité. L'être humain du XXIème siècle vivrait donc dans le présent sans se soucier du futur ou lutte-il de plus en plus contre la dépression en recherchant le plaisir là où il est toujours disponible?

6 VERSANT MEDICO-CHIRURGICAL

6.1 ANATOMIE ANO-RECTALE

Le rectum et les spincters de l'anus forment un ensemble sensitivo-moteur qui assure la continence et la défécation.

Le canal anal est le segment périnéal et terminal du rectum. La muqueuse qui le tapisse est divisée en deux étages par la ligne pectinée située à sa partie moyenne.

Le canal anal débute à l'extrémité inférieure de l'ampoule rectale. Sa direction est oblique en bas et en arrière. Sa partie supérieure, sa paroi musculaire est formée de 2 couches, fibres circulaires pour la couche profonde, fibres longitudinales pour la couche superficielle.

La ligne pectinée est formée par les valvules anales, replis transversaux semi-lunaires.

Les valvules forment avec la paroi du canal anal les cryptes de Morgagni au fond desquelles s'ouvrent les glandes anales. A ce niveau, il existe dans la sous-muqueuse des dilatations veineuses qui prennent le nom de plexus hémorroïdaire interne.

En-dessous de la ligne pectinée, se trouve la zone cutanée lisse qui se termine avec la marge anale. Elle a une couleur grise bleutée et est formée par un épithélium malpighien non kératinisée sans poils ni glandes.

La marge anale se distingue de la peau environnante par sa finesse, son plissement et sa pigmentation brune. A ce niveau, on retrouve le plexus hémorroïdaire externe, sous cutané.

Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Sa hauteur est de 3 à 5 centimètres pour une épaisseur de 1 à 2 millimètres.

Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien avec le muscle releveur de l'anus. Sa hauteur est de 2 à 5 centimètres et son épaisseur, de 8 à 10 millimètres.

On distingue donc un sphincter externe et un sphincter interne de l'anus. Ces 2 entités fonctionnent indépendamment l'un de l'autre et dépendent de structures différentes.

Le sphincter externe est sous le contrôle du système nerveux central. Il peut se contracter de manière consciente. Le sphincter interne dépend du système nerveux autonome. Son action est indépendante de notre volonté.

Les muscles du périnée soutiennent les tissus entourant l'anus. Le muscle bulbo-caverneux chez l'homme et le muscle pubo-coccygien chez la femme servent de soutien au diaphragme pelvien. Le rééducation de ce muscle dans l'incontinence urinaire a révélé être également efficace sur la réponse sexuelle en augmentant le seuil de sensibilité sexuelle.

Le rectum a la capacité de se dilater pour contenir des objets de différentes tailles. Le niveau de dilatation dépend du degré de relaxation de la personne. Si un objet est introduit par force, la personne ressent une sensation douloureuse, car le sang est encore engorgé dans les sacs vasculaires du canal anal.

Les faisceaux du pubo-rectal croise les faces latérales du canal anal et du rectum et s'unissent entre eux sur la ligne médiane en arrière du canal anal où ils sont parfaitement palpables [437]. Ce muscle maintient le cap anal, sommet de l'angle ouvert formé entre le canal anal et l'ampoule rectale.

Le faisceau pubo-coccygien du *levator ani* prend ses origines à la face postérieure du pubis en dehors du pubo-rectal et de l'aponévrose obturatrice. Il se dirige de là en arrière et en dedans en recouvrant progressivement les fibres du pubo-rectal. Il croise ensuite le rectum pour se terminer après décussation sur la pointe du coccyx et le bord inférieur des dernières pièces sacrées en arrimant le plan supérieur du raphé anococcygien [437].

6.2CLINIQUE

Les patients se présentent souvent aux urgences plusieurs heures ou jours après l'insertion du corps étranger. Lake et al. (2004) retrouvent une moyenne de délai de 1,9 jours (entre 2 heures et 15 jours) avant la présentation du patient aux urgences[314], alors que Clarke et al. (2005) notent un délai moyen de 17 jours[110]. French et al. citent pour leur part une intervalle de 7 à 72 heures[309]. La période la plus longue citée dans la littérature avec un corps étranger auto-introduit dans le rectum est de 6 mois (Buzzard & Waxman, 1979) chez un homme de 64 ans[88]. Le plus long délai diagnostique pour un corps étranger a été de 10 ans chez une femme de 45 ans recevant fréquemment des lavements par voie rectale, chez qui l'oubli de l'embout du tube entraîna un syndrome occlusif tardivement.

En espérant que l'objet sorte par lui-même ou après avoir essayé de différentes façons de le faire sortir, le patient retarde ainsi l'accès aux soins[282].

Les lésions liées aux techniques d'extraction manuelles et/ou instrumentales à domicile ne sont donc pas hors du commun [121].

On peut citer comme exemples pour extraire un objet, des cuillères en bois, une brosse de toilette[233], des pinces de tout genre, un cintre ou des fils métalliques [488], une fourchette [131]. On parle même d'un patient qui tenta d'extraire une pièce de monnaie avec un capuchon d'une cannette aerosol. Ces patients consultent donc fréquemment à un stade où des perforations ont eu lieu [233].

Parfois, les patients auront fait intervenir une tierce personne pour extraire l'objet. Les blessures seront parfois plus graves du fait de l'utilisation d'outils de cuisine ou d'instruments artisanaux pour extraire ces objets. Retrouver l'objet sera d'autant plus difficile que l'oedème se constitue avec le temps.

Il n'y a pas, au niveau de l'anus et du rectum, contrairement au vagin, de lubrification naturelle. Des lésions sont donc plus souvent retrouvées lors d'insertion de corps étrangers dans cet orifice. Les sphincters anaux ont été conçus pour le passage de

matériel du dedans au dehors. Un passage dans l'autre sens entraîne une constriction des muscles sphinctériens.

Le tissu rectal est composé d'une fine muqueuse et d'une simple couche épithéliale conçue pour la résorption d'eau et d'électrolytes. Des lacérations sont donc fréquentes lors d'intromission d'objet dans le rectum avec parfois des lésions plus hautes situées au niveau du colon sigmoïde.

Au-dessus de la ligne pectinée, le rectum est insensible à la douleur. Une perforation du colon peut donc avoir lieu sans que le patient s'en rende compte et celui-ci pourra se présenter avec un tableau de péritonite.

Lors de l'état d'excitation, si l'objet est bien lubrifié, il est facile de l'égarer dans le rectum. Un péristaltisme renversé a été observé, poussant l'objet à voyager plus haut dans le tube digestif, ce qui permet également aux suppositoires de fonctionner correctement. Pour atteindre une stimulation accrue, les objets sont parfois introduits trop profondément.

Les objets introduits tendent à tourner sur leur axe et peuvent se retrouver en position transverse [282]. Le mécanisme sphinctérien restreint l'extraction manuelle.

La persistance prolongée de la présence d'un corps étranger donne lieu à des réactions dites à corps étranger. La persistance méconnue d'un corps étranger peut mener à diverses investigations sans aboutissement. La présence prolongée d'un objet étranger dans le tube digestif peut également mimer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin [5]. Les rapports anaux sont également cités comme pouvant être à l'origine de néoplasie ano-rectale [151].

Concernant le type d'objet utilisé par les patients, la liste est longue et loin d'être exhaustive. La seule limite de l'imagination semble être la capacité de dilatation du rectum. Voici quelques exemples retrouvés dans les différentes études des dernières décennies: poisson, souris, verre[90], ampoules [456 ; 260], bouteilles de toute taille et de tout usage[85 ; 222 ; 259 ; 480], pomme, poire, œuf, poignet d'un fer à repasser[130],

saucisson, carotte[549], tournevis [229], salamis[499], couteaux de cuisine [550], manche à ballet [208 ; 410], lampes de poche [374 ; 493], balles de baseball[480], corne de bovin [224], manches de parapluies [298], un siphon d'évier [167 ; 427], une chambre à air de vélo remplie de sable [167], une queue de porc congelée, bouteille entourée d'un cintre [390], tube de crème [255], godemichets électriques [241], godemichets électriques en marche [109], crayon [552], cannette aérosol [17], vase [121], pot en verre[209 ; 225 ; 579], thermomètre [259], morceau de bois [411], étui de brosse à dent [567], mitaine de four [340], ballon de baudruche gonflé à l'eau [575], une pierre[2], balle de tennis [256], boyau d'arrosage [413], des lunettes [354], etc.

L'objet le plus insolite jamais retrouvé est une main tranchée au niveau du poignet[130]. En 2004, en Bulgarie, Laosebikan présente le cas d'une barre de métal de 2.5 kg dans le colon, introduit par voie rectale[318]. On retrouve à San Jose, en Californie, un cas similaire avec une barre du même poids chez un homme de 67 ans. Macht (1944) cite le cas d'un prisonnier retrouvé avec une boîte à outils contenant de la poudre à canon, un tourne-vis, deux scies manuelles, une seringue, un document, des pièces d'or et du fils à coudre[344]. Clark et al. (2003) citent qu'un patient est arrivé aux urgences les doigts dans le rectum, coincé ainsi le doigt dans un hameçon. Il dit en effet avoir avalé un sac d'hameçons. Le sac s'étant ouvert dans le rectum, il chercha à retirer les hameçons, mais se retrouva accroché ainsi, les doigts « dans le sac »[109].

Plusieurs types d'objets ont donc été retrouvés, de toutes les tailles et de toutes les formes en allant de la simple pomme de douche aux flacons de médicaments, en passant par les manches à ballet et les bouteilles de soda. Qu'ils soient de confection artisanale ou achetés dans le commerce, les complications et la présentation clinique des patients seront similaires, mais évidemment soupoudrées des particularités individuelles.

L'incidence des corps étrangers intra-rectaux étant en augmentation [124], une attention particulière serait nécessaire pour être à jour sur les principales conséquences, complications, techniques d'extraction et traitements.

6.2.1 Motifs de consultation

Plusieurs motifs de consultation sont retrouvés dans la littérature. Les principaux sont la rectorragie et la douleur abdominale aigüe ou persistante associé à un syndrome occlusif ou sub-occlusif. La rétention aigüe d'urine est un motif rare de consultation dans ce contexte. Les ténésmes ou les inconforts ano-rectaux sont souvent cités [282].

L'interrogatoire du patient embarrassé n'est pas toujours très contributif[282]. Très peu de patients vont spontanément révéler l'introduction d'un corps étranger par voie anale [417]. Selon les observations de Ooi et al. (1998), 66.7% des patients ne se plaignent que de proctalgie (sans révéler l'insertion d'un objet)[417]. Dans 9,2% des cas, le patient ne révèle l'insertion d'un corps étranger que secondairement à l'examen clinique et dans 7,9% des cas qu'après les examens paracliniques ou jusqu'à la découverte du corps étranger [309].

Les patients inventeront parfois des histoires irréalistes pour expliquer la situation [121]ou insisteront sur l'idée qu'il s'agit d'un simple accident domestique [12].

D'autres fois le patient ne sera pas en mesure d'expliquer la situation ou de répondre aux interrogations du médecin du fait d'un handicap mental, d'une maladie psychiatrique pré-existante [6] ou d'une intoxication éthylique [219].

Hasan et al. (2006) présentent le cas d'un homme de 50 ans qui se présente aux urgences 5 jours après une soit-disante agression au cours de laquelle on lui aurait inséré un verre dans le rectum. Le motif de consultation était un problème de constipation associé à des douleurs abdomino-pelviennes[242].

Sandhu et Rao (2008) partage l'histoire d'un homme de 42 ans qui aurait glissé dans la salle de bain et serait tombé sur une bouteille en verre[488]. On peut également parler du cas d'un homme [110] qui, en se grattant avec une lampe à huile, glissa et se coinça l'embout de la lampe dans le rectum...

Un autre exemple est donné par Gurth en 1934. Il nous rapporte le cas d'un homme de 40 ans qui a eu l'idée de se « réchauffer la prostate » en se versant, à l'aide d'une petite bouteille d'encre, de l'eau chaude dans le rectum[235]. Après disparition de la bouteille en profondeur, il tenta de la récupérer en vain avec les doigts, puis à l'aide de fils métalliques en forme de crochet.

La plupart du temps, le patient se plaindra de douleurs abdominales en ne citant pas l'utilisation d'objet [116], mais l'étude de Lake et al. (2004) contredit les études précédentes avec 98.9% de consultations pour « corps étranger intra-rectal »[314].

6.2.1.1 Rectorragie

Le diagnostic de rectorragie est porté devant la présence de sang rouge dans les selles ou émanant de l'anus en dehors des selles. L'incidence chez la population adulte à risque est de l'ordre de 20-30 par 100 000 sujets. Comme un saignement gastro-intestinal inférieur est corrélé avec des pathologies spécifiques et peut être le signe d'alerte évoquant une maladie chronique, des investigations complémentaires sont effectués dans le but d'identifier la source du saignement. Chez les patients du troisième âge, les diverticules et les lésions angiodyplasiques sont les étiologies les plus fréquentes, suivis par les hémorroïdes et les tumeurs. La colite ischémique, dans le cadre d'une artériopathie périphérique, peut également s'envisager.

La présence de rectorragies associée à une laxité sphinctérienne ainsi qu'à des proctalgies devrait faire évoquer le diagnostic d'introduction de corps étranger intra-rectal [417].

Ooi et al. (1998) rapportent qu'un sujet sur trois, âgés de 17 à 72 ans, examinés pour saignement gastro-intestinal inférieur, présentait un corps étranger intra-rectal[417].

Cohen et ses collègues (1996) citent qu'un de leurs patients admis pour corps étranger intra-rectal sur 8 se présente pour rectorragie[116].

Ahmed et al. (2010) rapportent le cas d'un homme de 40 ans, au Bangladesh, admis pour douleurs abdominales et rectorragies depuis 2 jours. L'examen clinique retrouvait une masse indurée en fosse iliaque gauche. Le toucher rectal était impossible à réaliser devant une douleur atroce et un refus du patient. A la radiographie de l'abdomen sans préparation, on retrouvait un syndrome occlusif avec une image évoquant une bouteille au niveau hypogastrique. L'échographie abdominale n'a pas pu être réalisé devant l'agitation du patient. Après laparotomie, 2 bouteilles en verre ont été extraites ainsi qu'un morceau de pierre retrouvé dans la cavité péritonéale[5].

La présence de rectorragie en cas d'insertion de corps étranger n'est pas rare et se retrouve fréquemment d'une étude à l'autre. C'est un motif fréquent de consultation et ce signe est souvent associé à des douleurs abdomino-pelviennes et/ ou des épreintes.

6.2.1.2 Douleurs

Les douleurs abdomino-pelviennes sont un motif de recours fréquent aux urgences. Les douleurs pelviennes et proctologiques doivent faire évoquer l'insertion de corps étranger. L'interrogatoire n'étant pas toujours fiable, un examen clinique complet avec analyse de l'anus, de sa béance et de son tonus sont nécessaire à une bonne évaluation clinique.

Davies (1991) décrit le cas d'un patient se présentant aux urgences pour douleur brutale au passage des selles le même jour. Après découverte au toucher rectal d'un objet incarceré au-dessus de la marge anale, une radiographie met en évidence la présence d'un os de poulet bloqué dans la paroi rectale. Les douleurs sont apparues près de 48 heures après ingestion[133].

La plupart des corps étrangers retrouvés dans le canal rectal sont d'introduction basse, mais il arrive que certains objets proviennent de l'alimentation. Ces cas sont plus fréquents chez les personnes âgées et déments ainsi que chez les personnes intellectuellement handicapées [133]. Hacker et Cattau (1986) notent que près de 80% des cas d'ingestion de corps étrangers surviennent chez des individus possédant une dentition ayant une perte de sensibilité du palais[238].

6.2.1.3 Constipation

Une étude de 1997 à 2004, menée par Rodriguez-Hermosa et ses collègues rapporte que 77% des patients admis par la suite pour corps étranger intra-rectal, présentaient comme motif de recours initial une constipation avec ou sans douleur abdomino-pelvienne[468].

6.2.1.4 Rétention aigue d'urine

Dans certain cas, le tableau clinique de corps étranger intra-rectal peut prendre la forme d'une rétention aigue d'urine douloureuse[372]. La rétention aigue d'urine peut accompagner le tableau clinique d'un corps étranger intra-rectal sans prendre être au premier plan.

6.2.1.5 Prolapsus intestinal

Un seul cas dans la littérature porte sur un prolapsus massif du petit intestin à travers l'anus suite à des manœuvres de gratification sexuelle par manche à balai. Le patient, un jeune homme de 18 ans, s'est présenté aux urgences rapidement après ses blessures pour ce prolapsus[32].

6.3 DIAGNOSTIC

Certains objets sont emprisonnés dans la paroi rectale et d'autres sont bloqués au-dessus du sphincter anal.

Une douleur soudaine, transfixiante, au cours de la défécation, doit faire soupçonner la présence d'un corps étranger généralement bloqué à la jonction anorectale ou juste au-dessus. D'autres manifestations, dépendant des dimensions et de la forme du corps étranger, de l'ancienneté de sa présence *in situ* et de l'existence d'une infection ou d'une perforation, peuvent être également observées.

La plupart du temps, le corps étranger est bloqué à la partie moyenne du rectum où il est incapable de franchir son angulation antérieure. Il peut être palpé au toucher rectal. Les explorations abdominales et la radiographie du thorax sont parfois nécessaires pour exclure la possibilité d'une perforation rectale intrapéritonéale.

Le toucher rectal ne détecte qu'environ 45% des corps étrangers [111].

La radiographie d'abdomen simple de face doit faire partie des examens de base en cas de suspicion de corps étranger intra-rectal, car la plupart des objets sont radio-opaques [467]. Cet examen simple servira à déterminer la localisation et le type d'objet introduit [164], mais elle ne parvient pas dans tous les cas à déterminer s'il y a vraiment un objet. La radiographie de profil est nécessaire pour déterminer la localisation haute ou basse dans le rectum par rapport au sacrum [6].

Les objets en latex ou en plastique sont radio-transparents. Ils ne seront vus que s'ils possèdent des piles ou des fils [86].

L'échographie abdomino-pelvienne peut donc appuyer le diagnostic. Elle peut aider à distinguer les objets de même densité radiologique que les selles [324]. D'autre fois, l'échographie est réalisée en première intention devant l'absence de suspicion clinique de corps étranger et/ou l'impossibilité de détecter quelque chose au toucher rectal [444].

Biriukov et al. (2000) utilisent un protocole diagnostic standard, soit un toucher rectal, une rectosigmoïdoscopie, une radiographie simple et une échographie abdomino-pelvienne[57].

Yaman et al. (1993) décrivent la procédure habituelle aux urgences. Celle-ci consiste à réaliser un examen rectal, une proctoscopie et une radiographie de l'abdomen simple[579].

Dans l'étude de Ooi et al., menée de 1989 à 1997, 45% des diagnostics de corps étranger intra-rectal se sont fait par radiologie, 45% au toucher rectal et 10% après un lavement laxatif. La laxité sphinctérienne, l'atypie du comportement du patient et/ou un saignement anal a entraîné la réalisation d'une radiographie simple[417].

Dans l'étude sud-africaine de Clarke et al. (2005), la radiographie simple a pu localiser l'objet dans 8 cas sur 13[110].

Pour ce qui est des sachets de drogues dissimulés dans le tube digestif, un lavement baryté permet une bonne visualisation de tout le tube digestif. Une radiographie simple doit être complétée par d'autres examens en cas de moyenne ou forte suspicion clinique.

L'IRM n'a pas sa place en urgence pour la détection d'un corps étranger dans le rectum. Le scanner abdomino-pelvien peut aider au diagnostic et permet de détecter d'éventuelles complications passées inaperçues[249].

6.4COMPLICATIONS

6.4.1Complications à court terme

Les corps étrangers peuvent être à l'origine d'érosions intestinales ou vasculaires avec fistules, d'abcès, d'obstruction, d'hémorragie et de douleurs chroniques [155].

Ojhanalan et al. (1995) citent le cas d'une femme de 19 ans se présentant avec des douleurs abdomino-pelviennes chroniques. On a retrouvé chez elle un capuchon enkysté dans le rétropéritoine après avoir perforé le vagin. Des cas similaires d'objets étrangers incarcérés dans le péritoine après passage rectal ont été rapportés[414].

La gravité des lésions dépend de la taille des objets insérés, de leur forme, de leur danger intrinsèque (ex. : objet tranchant) et du délai de présentation aux urgences[519].

6.4.1.1Infection : abcès & péritonite

Steinman et ses collègues (1990) citent que 19,4% des patients examinés entre 1981 et 1988 pour traumatismes rectales présentaient des corps étrangers intra-

rectaux, soit 14 personnes en 7 ans. La plupart des complications post-traumatiques sont d'ordre infectieux[516].

Le développement un abcès para-anal n'est pas rare en cas de corps étranger incarcerated dans la paroi du rectum [133].

Berk et Reit (1971) décrivent deux cas d'abcès intra-abdominal secondaire à une perforation par os de poulet[52].

Moreira et al. (1975) décrivent le cas d'un patient présentant un abcès per-rectal extensif au scrotum et à la paroi abdominale suite à l'incarcération d'un osselet de poulet dans le rectum[398].

Fry et al. (2010) présentent un cas d'abcès scrotal suite à l'ingestion de corps métalliques. La découverte d'une masse testiculaire a fait émettre plusieurs hypothèses et errer le diagnostic jusqu'à l'aveu du patient et la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien[207].

Arora et al. (2009) décrivent le cas d'un homme de 43 ans admis pour douleurs abdomino-pelviennes suite à l'insertion d'un corps étranger dans le rectum. La perforation de la paroi rectale s'était compliquée d'une péritonite avec pneumopéritoine[20].

Huang et al. (2003) décrivent 2 cas de péritonites ayant nécessité une laparotomie en urgence et 62.5% de complications mineures chez leurs patients (abrasion de la muqueuse, déchirure superficielle)[259].

Yaman et al. (1993) décrivent 2 cas sur 29 de péritonite suite à l'insertion de corps étranger dans le rectum. Ces 2 complications étaient le résultat d'activité sexuelle avec un manche à balai. Une colostomie proximale a été nécessaire dans les 2 cas. 5 autres patients ont souffert de sepsis périanal[579].

La gravité des lésions est accrue plus le corps étranger reste incarcéré longtemps. Les patients consultent souvent tardivement [218]. Neprasova et al. (2001) décrivent le cas d'un patient de 33 ans avec une nécrose du mur intestinal avec péritonite lors de sa consultation initiale[409].

On peut également noter des risques de complications plus importants en cas de pathologie gastro-intestinale pré-existante. C'est le cas d'un patient de la série de Clarke et al. (2005) qui a souffert d'une péritonite sur perforation du colon suite à l'ingestion de billets de banque et de sachets de marijuana, initialement atteint d'une tumeur du colon ascendant[110].

Waraich et al. (2007) rapportent le cas d'un patient masculin admis pour douleurs abdominales et rectorragies chez qui est rapidement effectuée une laparotomie. L'opération met en évidence une péritonite fécale en lien avec une perforation haute du rectum, en rapport avec l'hétéro-insertion volontaire d'un vibreur électrique 2 jours avant. Le patient est décédé peu de temps après les suites d'une défaillance multiviscérale compliquant un choc septique[560].

6.4.1.2 Uclérations, Lacérations, Perforations

Quant aux lésions traumatiques anales d'origine sexuelles, on retrouve parfois des ulcérations anales multiples, souvent associées à des thromboses radiaires. L'échographie permet dans ces cas de mettre en évidence des ruptures sphinctériennes occultes.

Les perforations semblent plus fréquentes chez les hommes [39].

On distingue 4 catégories de lésions ano-rectales [465]:

-perforation intrapéritonéale sans lésion sphinctérienne,

- perforation intrapéritonéale avec lésion sphinctérienne,
- perforation extrapéritonéale sans lésion sphinctérienne,
- perforation extrapéritonéale avec lésion sphinctérienne.

Une étude à New York (Hôpital St-Vincent) sur une durée de 5 ans (1970 à 1974) retrouve 5 cas de perforations suite à l'insertion de corps étranger intra-rectal sur 23 cas de patients[309].

Il arrive parfois que l'objet perfore le mur digestif et nécessite une intervention chirurgicale en urgence. La plupart des perforations surviennent au niveau de la paroi recto-sigmoïdienne antérieure[465].

Les perforations du tube digestif peuvent être causées par le corps étranger lui-même ou comme le montre l'expérience, par un instrument autre servant à introduire le corps étranger. Losanoff et Kjossev (1999) nous donnent l'exemple d'un homme de 20 ans présentant une perforation rectale extrapéritonéale suite à l'utilisation d'une cuillère en bois pour introduire une mitaine de four[340].

En cas de perforation importante, une partie de l'intestin grêle peut passer à travers la paroi du colon et causer un prolapsus du grêle [555].

Barone et al. (1983) décrivent les lésions décelées chez 101 patients admis pour traumatisme rectal suite à l'insertion de corps étrangers dans un contexte de « pratiques homosexuelles ». 36 d'entre eux avaient un corps étrangers non extirpables nécessitant une intervention sous anesthésie générale, 55 présentaient des lacérations de la muqueuse, 2 présentaient une rupture du sphincter anal et 10 des perforations multiples au niveau du recto-sigmoïde. Plusieurs patients ont subis de multiples opérations suite aux complications infectieuses et aux récidives de saignement[40].

Sohn et al. (1977) nous révèlent la découverte de lacérations chez 6 patients et de perforations chez 4 patients suite à l'insertion d'un poing dans le rectum (« fist-

fucking »). Un d'entre eux a souffert d'une incontinence anale suite à une lacération sévère du sphincter anal. La même étude retrouve de graves lésions recto-sigmoïdiennes perforatives chez 3 à 17% des cas suite à l'insertion de corps étrangers[509].

Lake et al. (2004) ont étudié 87 patients âgés entre 15 et 80 ans sur 10 ans (1993-2002) et retrouvent 43% d'abrasions muqueuses et 16% de lacérations[314].

Dans de rares cas, la perforation du tube digestif et les lésions muqueuses peuvent être d'origine caustique. En effet, lors de l'utilisation de certaines colles ou de produits chimiques irritant, la muqueuse peut être lésé jusqu'à se perforer.

Hemandas et al. (2005) relate le cas d'un homme de 27 ans chez qui une stomie a été nécessaire devant une inflammation et un œdème circonférentiel de la muqueuse rectale suite à l'utilisation de colle époxy pour gratification sexuelle[246].

6.4.1.3 Hématome rectal

McClenathan et Dabadghav (2004) rapportent le cas d'un hématome rectal intramural suite à l'insertion de corps étranger chez un homme de 41 ans. Le corps étranger (un vibreur à pile) avait été retiré 3 mois auparavant, mais le patient déclare avoir continué ses pratiques anales. Cette complication est très rare et le plus souvent retrouvé en cas de prise d'anticoagulants ou de coagulopathie sous-jacente [369]. Dans l'étude de Hughes et al. (1976) portant sur 277 patients présentant des hématomes digestifs intramuraux, aucun ne se situe au niveau du rectum[260].

Un autre cas d'hématome rectal post-traumatique a été décrit dans la littérature chez un prisonnier de 28 ans, à la suite d'un viol [104].

Battal et al. (2009) décrivent également le cas d'un homme de 51 ans souffrant d'un hématome rectal intra-mural et d'une perforation du recto-sigmoïde suite à des activités masturbatoires à l'aide d'un instrument[43].

Les auteurs déclarent globalement la prise en charge conservatrice comme préférable à l'évacuation de l'hématome du fait du risque d'infection.

6.4.1.4 Fistule rétro-vaginale

Kouraklis et al. (1997) notent un cas de fistule rétro-vaginale découverte après l'extraction d'un corps étranger[306].

Dans la série de 34 patients de Safioleas et al. (2000), on note également une femme ayant développé une fistule rétro-vaginale[481].

6.4.1.5 Syndrome occlusif

L'obstruction mécanique intestinale par corps étranger intra-rectal est fréquente. La taille et la forme de l'objet peuvent entraver entièrement le passage régulier des selles. L'hématome de paroi rectal ou l'œdème lié à la présence prolongée de l'objet peuvent également participer à l'occlusion [43].

Un cas d'invagination intestinale aiguë au niveau du colon sigmoïde sur corps étranger a été décrit en 2009 par une équipe américaine d'Atlanta [32]. Une résection intestinale fut alors requise devant les signes d'ischémie et de perforation intestinale.

6.4.1.6 Morbi-mortalité

Il existe des cas de décès par hémorragie massive suite aux traumatismes rectaux liés à l'insertion d'un corps étranger (Waraich, 2007), mais les lésions sont le plus souvent dues aux tentatives d'extraction [560].

On retrouve donc des cas graves dans la littérature avec passage en service de réanimation, avec décès. La cause du décès peut être le choc septique par péritonite fécale ou le choc hémorragique suite aux lésions vasculaires du rectum.

Les lésions rectales hémorragiques peuvent en effet entraîner la mort comme le démontre Byard et al. (2000) avec un homme de 56 ans s'étant masturbé jusqu'à ce que mort s'en suive, à l'aide d'un chausse-pied[89].

La durée d'hospitalisation peut dépasser 7 jours. La durée moyenne d'hospitalisation retrouvée dans les différentes études est de 3 jours[309]. Une deuxième hospitalisation est à prévoir en cas de confection d'une stomie.

En résumé, plus le délai sera long entre l'insertion et l'extraction, plus le risque de complication est accru : perforation, péritonite, sepsis, lacérations, ulcérations, occlusion, saignement avec risque de choc hémorragique.

6.4.2 Complications à long terme

Les complications pouvant être observées à long terme sont l'incontinence fécale liée aux lésions sphinctériennes, les fistules et les sténoses anales [338].

L'incontinence anale par lésions répétées des sphincters est en effet une des principales des nombreuses complications des corps étrangers intra-rectaux. Le prurit anal accompagne souvent ce tableau.

L'incontinence fécale peut résulter de simples relations anales répétées [3 ; 151] . Le retentissement de l'insertion de corps étrangers volumineux peut donc être catastrophique sur le système sphinctérien et donc sur la continence[151].

L'irritation du colon est fréquente en cas de stimulation rectale répétée. Les symptômes peuvent alors être une diarrhée, une production excessive de mucus, des douleurs ano-rectales, un ténesme, des crampes intestinales, des flatulences, des rectorragies, des selles purulentes, des ulcérations ano-rectales, un prurit anal ou un

prolapsus rectal. Sohn et Robilotti (1977) ont donné le terme de « *gay bowel syndrome* » à l'amalgame de ces symptômes[509].

La proctite allergique peut être causée par l'utilisation de certains produits comme les savons, les shampoings et autres lotions lubrifiantes [421].

Schofield (1980) décrit aussi des cas de pollakiurie et de dysurie secondaires à une irritation prostatique et de la base de la vessie suite à l'insertion de corps étrangers intra-rectaux[495]. La prostatite chronique peut être d'origine irritative [131].

Les sténoses rectales post-traumatiques sont rares. Il a été décrit des cas de sténoses rectales iatrogènes suite à l'utilisation de Kayexalate dans le cadre du traitement de l'hyperkaliémie [102].

Un corps étranger retenu pendant une longue période peut aussi former des fecalithes calcifiés asymptomatiques [264].

L'activité sexuelle anale répétée peut également entraîner ou aggraver les hémorroïdes [3 ; 474].

En cas d'utilisation répétée de force pour l'introduction d'objet par le canal anal, on peut également observer des lésions à type de fissures.

6.7 PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE ET POST-CHIRURGICALE

La prise en charge initiale comprend une évaluation d'urgence de base suivant les critères pour tout traumatisme : liberté des voies aériennes, respiration, circulation (ABC).

La stabilité hémodynamique du patient est comme pour tout traumatisme le premier élément à prendre en compte. Le degré d'urgence et le choix de la ou des techniques d'extraction dépendront du risque vital imminent et des complications immédiates (hémorragie, infection, fracture associée, polytraumatisme, viol).

Une numération formule devrait être systématique devant un patient se présentant avec un corps étranger intra-rectal même si la taille et/ou la forme de l'objet ne pourrait possiblement pas induire de lésion. Le praticien devra garder à l'esprit que d'autres objets ou manœuvres per-rectales ont pu être associés et traumatiques.

Une antibiothérapie « flash » par une céphalosporine de deuxième ou troisième génération associée à du métronidazole est souvent (près de 90% des cas) administrée en pré-opératoire [501].

Une surveillance cardio-tensionnelle continue devrait être réalisée, car les cas de saignement massif peuvent entraîner un choc hémorragique.

Le traitement de la cause ne doit pas être oublié (constipation, prurit anal, etc.).

6.7.1 Techniques d'extraction

A nombreuses reprises, le corps étranger peut être évacué spontanément. Rodrigues et Lobo (2010) rapportent le cas d'une femme de 47 ans présentant un godemichet électrique dans le rectum qui a spontanément évacué l'objet 6 heures plus tard[467]. Rodriguez-Hermosa et al. (2007) rapportent que 2% de leurs patients ont connu une extraction spontanée de leur corps étranger[468].

La laxité sphinctérienne des homosexuels masculins ainsi que celle des personnes âgées facilitent la délivrance spontanée de l'objet ainsi que les manœuvres manuelles [365].

Certains objets peuvent être évacués après un lavement par voie rectale ou par ingestion de laxatifs per os [467]. 10% des patients de Rodriguez-Hermosa et al. (2007) ont évacué leur corps étranger par extraction digitale avec ou sans lavement[468]. Plusieurs auteurs ne recommandent pas ce genre de technique puisque les lavements peuvent empirer l'oedème local et entraîner une perforation [282]. Toutefois, dans le cas des « body-packers », l'utilisation de polyéthylène glycol (PEG) a été utilisée dans une petite étude rétrospective de 16 patients et n'a pas montré plus de complications que d'autres techniques [179]. Le PEG réduit la toxicité de la cocaïne en accélérant le transit. Son pH élevé oriente également le métabolisme de la cocaïne vers sa forme inactive, le benzoylecgonine. A l'inverse, le PEG peut augmenter la toxicité de l'héroïne en augmentant sa solubilité. Cette technique ne garde son indication qu'en cas de patient symptomatique et n'est pas utilisée comme technique de routine [68]. Des laxatifs à type de lactulose peuvent toutefois être donnés sans risque dans ce contexte.

Les indications d'une extraction au lit du patient sont la palpation possible de l'objet au doigt, soit à moins de 10 cm de la marge anale. La lubrification du gant ne doit pas être oubliée. Par contre, comme le montre l'expérience, la tentative d'extraction aux urgences se révèle, dans la plupart des cas, infructueuse. Lake et al. (2004) ne compte que 5 tentatives d'extraction au lit réussies sur 31 cas[314].

Les contre-indications d'une telle mesure d'extraction sont la présence de douleurs abdominales intenses, l'impossibilité de palper l'objet au toucher rectal, la présence de bris de glace, un objet fragile (ex. : ampoule électrique), un délai prolongé après insertion (>24 heures), la non-connaissance clinique du praticien, la non-compliance du patient (ex. : patient psychotique).

La péritonite et la perforation sont des contre-indications absolues à une extraction au lit du malade. Dans les cas de passeurs de cocaïne, toute complication toxique devra entraîner la pratique d'une laparotomie en urgence.

Les facteurs compliquant une extraction sont l'oedème de la muqueuse, la pression négative du colon, l'angulation du recto-sigmoïde et l'intussusception de la muqueuse distale [30].

Tout échec d'extraction au lit du patient ou au bloc opératoire par voie endo-anale ne doit pas être trop souvent répété, car le risque de lésion muqueuse est alors augmenté et l'objet risque de migrer de plus en plus proximal [160].

Un protocole simple permet de guider le praticien hospitalier dans la prise en charge de l'extraction du corps étranger [annexe]. Lake et al. (2003) n'ont pas pu aboutir à une conclusion quant à la possibilité de pouvoir prédire ou pas la nécessité d'une intervention chirurgicale d'emblée en se basant sur la taille ou la localisation du corps étranger [314]. L'extraction au lit avec la compliance du patient est donc à valoriser, sauf dans certains cas où l'anesthésie générale est fortement recommandée d'emblée.

La dilatation anale par technique manuelle, dite de Recamier, a longtemps été utilisée. Batho et Szanto (2000) décrivent l'utilisation de cette technique dans leur centre hongrois chez 9 de leurs 17 patients traités pour corps étranger intra-rectal[42].

Les objets intra-rectaux se classent en 2 catégories : bas-situés (dans l'ampoule rectale) et haut-situés (au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne ou proche).

Ils est préférable de placer le patient en décubitus ventral pour les objets bas-situés et en position gynécologique pour les objets haut-situés [164].

Lake et al. (2004) nous révèlent que 14% de leurs patients avaient un corps étranger dans le sigmoïde, alors que les 86% majoritaire le retenait dans le rectum. La migration de l'objet proximale dans le tube digestif peut compliquer la prise en charge et nécessiter une intervention chirurgicale[314].

Divers procédés d'extraction sont possibles après anesthésie sphinctérienne, voire locorégionale ou générale. Ils peuvent nécessiter des manoeuvres bi-manuelles, endoscopique voire laparotomiques. Plusieurs instruments peuvent aider le praticien dans son approche anale et l'ingéniosité doit faire partie des compétences de celui qui tente d'extirper un corps étranger d'un rectum. Sous anesthésie, on perd alors la capacité à solliciter la manoeuvre de Valsalva.

Jusqu'au années 1980, la plupart des objets retrouvés au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne étaient enlevés par laparotomie. Rocklin et Apelgren (1989) concluent qu'une extraction endoscopique est plus simple. La technique endoscopique entraîne également moins de morbidité et coûte moins chère[466].

Les objets larges impactés dans la jonction rectosigmoïdienne pose un soucis pour l'extraction endoscopique. Singaporewalla et al. (2007) décrivent une technique de lasso endoscopique pour extraire un tube de shampoing chez un homme de 50 ans[503].

Koornstra et Weersma (2008) décrivent l'utilisation d'un ballonnet de dilatation endoscopique normalement utilisé dans le traitement de l'achalasie pour extraire une cannette de produit auto-bronzant chez un jeune homme de 19 ans, 12 heures environ après l'incident. Le ballonnet est introduit à l'aide d'un guide initialement inséré sous sigmoïdoscopie. Après avoir gonfler le ballonnet just au-dessus de la cannette, le

sigmoïdoscope fut réintroduit pour avoir une bonne visualisation du geste. La cannette a ensuite été doucement retiré par traction sur le cathéter du ballonnet[304].

Les techniques d'extraction endoscopique dans le traitement des corps étrangers intra-rectaux ont suscité beaucoup d'intérêt ces dernières années en raison de l'accessibilité des techniques et de la réduction des complications liées à la laparotomie. Rubin et Herrerias (2009) décrivent une approche endoscopique avec l'aide d'une sonde à ballonnet ou d'un ballonnet de dilatation oesophagien pour extraire des objets creux comme des pots ou des verres souples puisqu'il est risqué de tenter cette technique pour des objets durs[476].

Un embout en latex (Kimberly-Clark ®) peut être utilisé avec l'endoscope pour faciliter l'extraction d'objets long et tranchants. Il a également été décrit l'utilisation d'un embout en caoutchouc adapté à un forceps à dent de rat pour extraire un objet métallique glissant [291].

Enfin, il faut également se rappeler qu'il est possible de modifier la forme de certains objets pour faciliter l'extraction et réduire le risque de lésion muqueuse. C'est le cas pour les cannettes. Il est en effet plus simple de retirer un objet conique qu'un objet cylindrique [515].

Berghoff et Franklin (2005) déclarent que les corps étrangers intra-rectaux peuvent le plus souvent être extrait par voie anale, mais que cette technique est beaucoup moins bien tolérée et l'objet migre parfois en proximal[51].

Les objets durs sont plus souvent extraits chirurgicalement, car il existe un potentiel traumatique et un risque de migration ascendante dans le sigmoïde [579].

Dans l'étude de Ooi et al. (1998), 40% des corps étrangers ont pu être extraits sous sédation par voie transanale, 43.3% ont nécessité une anesthésie générale et 10% ont eu besoin d'une laparotomie. Ils ne retrouvent pas d'incontinence anale ou de récurrence chez leurs patients pour un suivi de 63 mois[417].

Dans l'étude de Ruiz del Castillo et al. (2001), sur 17 patients, 10 corps étrangers ont pu être extraits par voie rectale. Les 7 autres ont eu besoin d'un geste chirurgical, dont 5 une colostomie. Ils ne rapportent pas de complications post-opératoires[478].

Dans l'étude de Clarke et al. (2005), 2 patients ont eu besoin d'une laparotomie pour péritonite et 3 ont eu besoin d'une extraction par colotomie. Chez 7 patients ayant subi une extraction par voie transanale, 4 ont eu besoin d'anesthésie générale pour faciliter l'extraction[110].

Dans l'étude de Rodriguez-Hermosa et al. (2010), 7 patients sur 30 ont subi une laparotomie exploratrice et 6 d'entre eux ont eu besoin d'une colostomie[468].

Lake et al. (2004) comptent 23 patients sur 87 ayant nécessités une intervention chirurgicale. Ils ont effectué 8 laparotomies en 9 ans pour extraire un corps étranger intra-rectal[314].

Dans l'étude de Kouraklis et al. (1997), 9 patients sur 18 ont subi une anesthésie générale pour une extraction transanale manuelle. 8 autres patients ont également subi une extraction sous anesthésie générale, mais avec l'aide de forceps gynécologiques. Un patient a eu besoin d'une colotomie pour extraire un objet volumineux en bois. 3 patients ont souffert d'une péritonite, découverte à la radiographie d'abdomen (pneumopéritoine)[306].

Parfois, l'extraction a lieu aux urgences. Cohen et Sackier (1996) rapportent que 63% des corps étrangers retrouvés entre 1984 et 1994 ont été extraits directement aux urgences. Chez les 37% restant, 12 cas ont été extraits sous anesthésie générale. 5 patients ont eu besoin d'une colostomie du fait de la présence d'une perforation rectale. Un patient a eu besoin d'une chirurgie réparatrice du sphincter anal externe pour lacération. Ils ne rapportent pas de complication post-extraction[116].

Dans l'étude de Biriukov et al. (2000) réalisée à Moscou entre 1969 et 1998, 107/112 patients ont pu être soulagés sans recours chirurgical. Le corps étranger était le plus souvent enlevé avec les doigts, plus ou moins avec l'aide d'un forceps. Le reste des corps étrangers étaient extirpés sous rectoscopie[57].

Andrabi et al. (2009) décrivent l'utilisation de forceps de Kielland pour retirer 2 corps étrangers (un pot de gel et une balle métallique) dans le rectum d'un homme de 40 ans[12].

Rispoli et al. (2000) décrivent une extraction par laparoscopie combinée à une approche par voie anale chez un patient homosexuel de 53 ans. L'objet (une boîte à cigare) a été poussée vers le bas par laparoscopie puis extraite par voie rectale[462]. Cette technique serait la plus fiable pour certains objets cylindriques mous à faible risque de lésion pariétale [160].

Huang et al. (2003) déclarent avoir retiré la plupart des corps étrangers de leurs 10 patients par des méthodes non-chirurgicales. L'extraction s'est faite sous anoscope chez 4 patients, sous sigmoïdoscope rigide dans 2 cas et à l'aide d'une colonoscopie dans 1 cas. Les forceps gynécologiques ont été utilisés 1 fois pour retirer une bouteille[259].

La taille et la forme de l'objet seront des éléments à prendre en compte pour le choix de la technique d'extraction du corps étranger. Le nombre, la localisation et la composition de ou des objets seront également à considérer.

Sharma et al. (2007) décrivent une technique non invasive pour l'extraction des objets arrondis comme les pommes et les boules. La technique consiste à placer le patient en position de Trendelenburg renversé, d'appliquer un gel anesthésiant au niveau du canal anal en association à un bloc périanal, d'administrer un lavement au patient puis d'appuyer sur l'hypogastre tout en appuyant avec 2 doigts sur la paroi postérieure du rectum. Après des efforts de poussée, l'objet peut être évacué[499].

Diwan (1982) décrit l'utilisation de fléchettes à tête de ventouse pour extraire une ampoule bas-située[154]. MacLeod (1947) et Lowicki (1965) décrivent quant à eux l'utilisation de cuillères de cuisine pour attraper une ampoule électrique[342 ; 351]. On retrouve aussi l'utilisation de la prise de l'ampoule correspondante collée sur un manche à balai pour extraire une ampoule électrique [47].

La technique de ventouse peut être utilisée, après lubrification du canal anal, pour extraire les objets en forme de bouteilles [275 ; 350]. Les ventouses obstétricales peuvent également servir à extraire des volumineux objets sphériques [180] et ont également été utilisés pour extraire des verres de table [275].

Les instruments utilisés pour la ligature des paquets hémorroïdaires ont également été utilisés et seraient d'un intérêt pour les objets cylindriques [90].

Les anses diathermiques utilisées pour les polypectomie ou les amygdalectomie peuvent servir à extraire des objets plus fins mais haut situés comme les stylos ou les crayons [459].

La combinaison de plusieurs instruments est biensûr possible et dépendra de l'imagination du médecin. Caliskan et al. (2010) expliquent comment ils ont retiré un verre de 10 cm de longueur, inséré bouche première, à 7 cm de la marge anale en associant une ventouse, dont le centre fut perforée pour permettre le phénomène de succion de fonctionner, à un instrument de ligature élastique des hémorroïdes[90].

McDonald et Rosenthal (1977) citent avoir eu recours à un tire-bouchon pour désincarcérer une balle de baseball haut-située après colotomie[372].

Aquino et Turner (1986) ont utilisé 3 spatules vaginales de Tauber lubrifiées pour extraire le capuchon d'une cannette aérosol [17].

Pour les objets en verre comme les bouteilles, Wagner a décrit une technique utilisant du plâtre en 1937[558]. Le plâtre durcit dans la bouteille avec au centre une bande qui servira de poignet pour tirer l'objet. Une certaine prudence est toutefois requise pour cette technique puisque le plâtre peut faire éclater le verre et brûler la muqueuse rectale. Lowicki, quant à lui, décrit une technique similaire très simple pour extraire des bouteilles insérées par le fond. Il introduit une pince Kocher imbibée de plâtre frais dans la bouteille. Une fois séché, l'extraction peut se faire aisément, la pince servant de poignée. L'utilisation de colle (« *superglue* ») est également possible [110].

Le cas d'un patient de 44 ans nous est rapporté par Akhtar et Arora, équipe d'Arabie Saoudite. Ceux-ci déclarent avoir avec succès retiré une bouteille en verre avec l'aide du patient et les manœuvres de Valsalva. La bouteille a pu rapidement être

récupérée à l'aide de forceps obstétricaux[6]. Le risque de bris de verre est très élevé au cours de ce genre de manœuvre et n'est pas cité par ailleurs.

Les bouteilles introduites bouche première peuvent aspirer la muqueuse rectale lors des tentatives d'extraction. Une sonde de Foley peut donc être placée et insufflée pour empêcher l'effet de succion de la bouteille vide [407]. Macht (1944) décrit toutefois l'extraction d'une bouteille ainsi insérée, par des techniques manuelles[349].

Les sondes de Foley ont été utilisées à mainte reprise pour évacuer certains corps étrangers [56 ; 261], en insufflant le ballonnet à l'intérieur du col d'une bouteille par exemple. Un cathéter de Foley ou 2 peuvent être introduits pour faciliter l'extraction [121] manuelle ou par forceps, voir annexe. Une sonde de Fogarty peut également servir d'accessoire [567].

Les forceps obstétricaux peuvent être employés dans certains cas d'objet arrondi. L'utilisation d'un *vulsellum* utérin/hystérolabe incurvé peut aider l'extraction de certains objets [334]. Le tracteur hélicoïdal de Doyen [annexe] peut également servir pour les objets en plastique ou en latex comme les vibromasseurs [109].

Coulson et al. (2005) décrivent une technique d'extraction par électro-aimant pour les objets ronds métalliques (ex. : boules de pétanque), quand ceux-ci sont trop haut dans le rectum, empêchant l'utilisation de forceps[122].

Nivatvongs et al. (2006) décrivent une technique réalisable sous anesthésie loco-régionale pour l'extraction de corps étrangers volumineux par voie trans-rectale[411]. Ils préconisent la dilatation du canal anal par injection d'air dans le colon à l'aide d'un tube nasogastrique ou d'un cathéter de Foley. La délivrance de l'objet se fait par des manœuvres bimanuelles après avoir dilaté au maximum le canal anal. Cette technique a

été employée pour l'extraction d'un billot de bois de 30cm par 9 cm chez un homme de 49 ans ainsi qu'une série de trois balles en caoutchouc de 6 cm de diamètre chacune

chez un homme de 37 ans. Une colonoscopie réalisée après ces 2 interventions ne retrouve pas de lésion muqueuse traumatique.

Manimaran et al. (2008) décrivent une technique utilisant 3 sondes urinaires. La méthode consiste à insérer les sondes dans le canal rectal pour les faire passer derrière le corps étranger. L'inflation de chaque ballonnet avec 20 mL d'eau permet d'encercler l'objet pour éviter qu'il ne glisse plus haut dans le canal. Deux des sondes sont clampées. Le colon est ensuite insufflé avec de l'air à l'aide de la troisième sonde. Les trois sondes sont tractées et l'objet est doucement retiré à l'aide de forceps. La sigmoïdoscopie post-extraction révéla une petite zone de nécrose due à la pression, au niveau de la muqueuse rectale qui cicatrisa spontanément[353].

Les fruits et légumes peuvent être extraits après fragmentation en utilisant un bistouri électrique ou le laser Argon [214].

En cas de stigmate de perforation, de dilacération ou d'infection, l'indication chirurgicale doit être posée. En cas d'objet en verre, cassable ou friable, acéré ou dangereux, l'indication chirurgicale doit également être retenue.

L'échec de l'extraction par voie basse ne doit pas faire hésiter le passage à la laparotomie [454].

La présence du corps étranger dans le rectum depuis plus de 24 heures doit aussi faire considérer l'abord laparotomique comme première indication, car l'œdème de la paroi rectale ne pourra pas permettre une extraction transanale sécuritaire [282 ; 407].

Devant la diversité des objets observés, le problème devient celui d'une extraction adaptée à chaque situation sans induire de lésion ano-rectale. Une relaxation anale sous anesthésie générale sera quelquefois nécessaire pour éviter une incarceration, une ascension dans le colon sigmoïde ou une perforation qui nécessiterait alors une laparotomie.

6.7.2 Anesthésie et prise en charge de la douleur

Une anesthésie adéquate est requise pour permettre la relaxation des muscles périnéaux. Le type d'anesthésie choisi dépendra de la durée estimée de la procédure d'extraction ainsi que des éventuelles complications immédiates.

Les blocs périanaux (lidocaïne ou bupivacaïne) peuvent être considérés, mais sont peu utilisés [254].

Quelque soit le type d'anesthésie choisi, celle-ci est cruciale pour faciliter l'extraction d'un corps étranger incarcéré dans le rectum [108].

Une rachianesthésie est une alternative à l'anesthésie générale [121].

Chez les patients séniles, le faible tonus sphinctérien permet parfois une extraction sans anesthésie.

L'injection de benzodiazépines par voie intra-veineuse permettra une sédation et une myorelaxation adéquate (ex. : Midazolam).

L'utilisation d'antalgiques de niveau III (OMS), morphiniques sera nécessaire pour le contrôle de la douleur.

6.7.3 Exploration et instruments

L'équipement nécessaire comprend une source lumineuse, un speculum rectal et éventuellement une paire de forceps. Un rétracteur anal de Parks ou un rétracteur vaginal peuvent être employés [282]. Les curettes et les pinces doivent être maniées avec précaution puisque le risque de lésion muqueuse est grand [211].

Un proctoscope rigide de 15 cm de longueur par 3,5 cm de largeur a été spécialement conçu pour retirer les corps étrangers intra-rectaux [48].

Le sigmoïdoscope souple est parfois employé pour retrouver les objets profondément situés [283]. Il ne faut alors pas hésiter à insuffler une quantité suffisante d'air pour dilater la lumière rectale et bien visualiser l'objet. La pression de l'air insufflé ne déplacera pas l'objet, car celui-ci est le plus souvent impacté à la paroi [503].

Le patient est le plus souvent placé en position gynécologique. La position en décubitus latéral est une autre option. La position genu-pectoral est également utilisée. Changer le patient de position peut permettre à l'objet de changer également de position.

La compliance du patient guidera le choix des techniques. Sa coopération et l'utilisation de la manœuvre de Valsalva pour extérioriser l'objet seront un atout important. Il ne faudra jamais essayer des techniques instrumentales chez un patient non compliant, car tout mouvement brusque pourrait le blesser.

Une pression supra-pubienne peut faciliter l'extraction de l'objet [105].

Une sphinctérotomie peut être nécessaire pour assurer une dilatation adéquate du canal anal [282].

Un objet non visualisé ne doit pas être poursuivi par des techniques endo-rectales du risque de léser la muqueuse ano-rectale. Toute extraction doit être performée si visualisation directe est possible.

Une sigmoïdoscopie, de préférence souple [567], est essentielle après extraction pour évaluer la muqueuse rectale à la recherche de lésions ou de perforations [51; 116]. Certaines peuvent en effet passer inaperçue à l'examen ano-rectal clinique, comme le décrivent Lung et al. (1970) chez un jeune homme de 20 ans décédé d'un choc septique suite à une perforation rectale haute passée inaperçue après l'extraction de corps étrangers du rectum[345]. Quelques auteurs préconisent de pratiquer un lavement à la gastrografine ou aux hydrosolubles [51]de façon systématique pour ne pas passer à côté de perforations qui pourraient passer inaperçues à la proctosigmoïdoscopie [340].

6.7.3.1Laparoscopie

En cas de lésions perforantes avec possibles lésions d'organes intra-péritonéaux, la laparoscopie est une technique de choix [111].

Le traitement laparoscopique est également une technique de choix pour les cas difficiles (ex. : patient obèse).

Cette technique permet une évaluation peu invasive des organes intra-abdominaux, une hospitalisation plus courte, moins de morbidité, moins de douleurs post-opératoires ainsi qu'un avantage esthétique en comparaison avec une laparotomie. Un rétablissement plus rapide ainsi qu'un retour au travail plus précoce sont également dans la liste des avantages de la laparoscopie.

Durai et al. (2009) décrivent l'utilisation de la laparoscopie pour guider le corps étranger (godemichet de 20 cm de longueur) ayant migré dans le recto-sigmoïde, dans les dents du forceps placé en intra-rectal[160]. Leur étude est la seule où il est démontré qu'une seule porte d'entrée peut être suffisante. Berghoff et al. (2005) décrivent l'utilisation de la laparoscopie pour extraire un corps étranger, mais ont utilisé 3 portes d'entrée[51]. Linos et Nestoridis (2000) ont réussi à éviter une laparotomie chez une jeune patiente de 17 ans chez qui avait été mis en évidence un manche d'une cuillère en bois au niveau du recto-sigmoïde[336]. L'extraction du corps étranger ainsi que la réparation chirurgicale du colon a été réalisé par voie endoscopique avec succès.

Berghoff et Franklin (2005) ont également cité la laparoscopie comme une technique efficace pour guider l'objet vers la sortie du rectum[51]. On évite ainsi de pratiquer une colotomie et minimise le risque septique.

L'association de la laparoscopie aux manœuvres endo-anales semblent donc prometteuses [462].

Certains auteurs utilisent les techniques laparoscopiques pour fermer une colostomie après une première procédure de Hartman [111]. Par contre, Rosen et al. (2005) notent 9% de transformation laparotomique et 14% d'abcès de paroi[471].

Sosa et al. (1994) retrouvent 22% de transformation laparotomique mais en conclusion moins de morbi-mortalité[511]. Plusieurs auteurs sont donc plutôt en faveur de cette technique plutôt qu'une deuxième laparotomie d'emblée [119 ; 257].

Toutefois, des lésions minimales du colon peuvent passer inaperçues et la visualisation du rétro-péritoine est limitée. Une perforation étendue avec un environnement septique associé peut faire réfuter le choix d'une technique endoscopique. Un traitement classique par abord laparotomique est alors conseillé. De plus, chez un patient obèse, cette technique reste difficile à manœuvrer [51].

6.7.4 Anastomose, Dérivation et Colostomie

En cas de lésion intestinale, le choix existe entre réparation immédiate sans dérivation (suture simple et/ou anastomose primaire) et colostomie avec dérivation du flux des selles. En combinant les études de Chappius et al., Sasaki et al., et de Gonzalez et al., 208 patients ont été randomisés en réparation primaire versus colostomie[99]. L'incidence d'abcès intra-abdominal était plus faible dans le groupe de réparation primaire (5.5% vs 15.6%). Le taux de complications était similaire dans les 2 groupes (17.1% vs 25.7% pour le groupe de colostomies). Dans l'étude de Durham et al. (1997), les complications infectieuses étaient moins fréquentes au sein du groupe de chirurgie réparatrice sans dérivation[162].

Pour les lésions non-destructrices du colon (perforations), une chirurgie réparatrice sans dérivation semble donc être le meilleur choix [142 ; 364 ; 504]. Le risque de contamination des zones lésées par les selles est ainsi réduit.

C'est également la technique la plus utilisée pour ce qui est des lésions perforantes du colon.

Eu et al. (1994) décrivent le cas de 5 patients ayant subi une réparation immédiate de la perforation rectale et des muscles sphinctériens sans faire de colostomie suite à l'insertion de corps étrangers. Ils citent cette technique comme satisfaisante[175].

Ce choix de technique est également valable pour la population pédiatrique comme le montre l'étude de Haut et al. (2004), réalisée avec 53 patients présentant des lésions colorectales perforantes. Ils décrivent moins de complications post-opératoires, moins de complications infectieuses et un séjour hospitalier presque deux fois moins long en moyenne[244].

En cas d'acidose métabolique ou de coagulopathie, une stomie pourrait prolonger l'opération et le risque de choc hémorragique. On peut dans ces cas délayer la dérivation jusqu'à la correction des troubles.

En cas de larges zones de nécrose, une résection intestinale sera pratiquée avec anastomose termino-terminale.

Dans le cas des « *body-packers* », une approche laparotomique est préconisée en cas de rupture d'un ou des sachets si l'intoxication à l'héroïne ne répond pas au naloxone. L'approche chirurgicale est souvent retenue en cas d'intoxication massive à la cocaïne après stabilisation hémodynamique du patient (hypertension artérielle, hyperthermie, tachycardie). Le chirurgien pratiquera alors le plus souvent une ou plusieurs entérotomies ou guidera les sachets pour une sortie per-anale pour minimiser le risque d'infection lié aux entérotomies multiples [501 ; 546].

Il n'y a parcontre pas de consensus quant au moment le plus approprié pour fermer une stomie. Certains auteurs préconisent un délai de 6 à 12 semaines [209 ; 527], alors que d'autres préfèrent attendre 3 à 6 mois [348]. Plusieurs études ne révèlent aucun lien entre morbidité et moment choisi de fermeture de stomie[142 ; 337]. Velmahos et al. (1995) retrouvent plus de complications en cas de fermeture tardive que précoce du fait des adhérences et de la rétraction des moignons rectaux[551].

La durée d'hospitalisation est donc beaucoup plus élevée en cas de stomie puisqu'il y a une deuxième hospitalisation. Deux laparotomies sont également plus risquées qu'une seule pour ce qui est du risque infectieux en particulier.

Le taux de mortalité en cas de colostomie est plus conséquent (0 à 14.3%) [390]. Le coût et donc le retentissement sur la sécurité sociale sont donc également conséquents.

Eftaiha et al. (1977) proposent les principes suivants : anesthésie adéquate adaptée à la douleur et aux complications immédiates, extraction transanale dans la mesure du possible, laparotomie en dernier recours et/ou en cas d'échec des manœuvres endorectales, proctosigmoïdoscopie de principe et hospitalisation pour observation pour éliminer un saignement ou une perforation post-extraction[164].

6.7.5 Surveillance et suites

Une surveillance post-extraction d'au moins 24 heures est préconisée pour détecter une perforation passée inaperçue au premier abord [164]. Une péritonite peut être observé dans les suites de l'extraction nécessitant une laparotomie en urgence [116]. Si l'objet est bas-situé et a été facilement retiré, il est préconisé de laisser sortir le patient si l'endoscopie de contrôle post-extraction s'avère normale[40].

Un examen abdominal répété devrait être effectué surtout si le délai entre l'insertion et le retrait dépasse les 24 heures.

Une antibiothérapie probablisme à visée préventive est nécessaire en cas de lésions de la muqueuse ou de perforation [40 ; 282].

De rares études parlent de l'intérêt d'une thérapie et d'une éducation sexuelle [282 ; 455], mais les tabous sociaux freinent les démarches [417]. De plus, les praticiens évaluent trop rarement l'histoire sexuelle du patient [252]. Le sujet reste le plus souvent non abordé. D'un autre côté, l'avis psychiatrique est parfois proposé et refusé par le patient [233 ; 515]. Cela a été le cas pour 100% des 30 patients (28 résidents de Singapour, 2 Causasiens) de Ooi et al. (1998)[417].

L'étude de Clarke et al. (2004) montre en effet que 85% de leurs patients n'ont pas eu de suivi psychiatrique par refus. De plus, seuls les patients colostomisés ont été revus à distance[110].

L'étude de David (2009) cite le recours à un avis psychiatrique dans 100% des cas avec mise en évidence de troubles psychiatriques chez tous ces patients. Une analyse plus approfondie leur a également fait découvrir que la fréquence de masturbation anale chez ces patients est régulière chez 11 cas sur 15. 4 patients souffrant de prostatite chronique déclarent qu'ils vont quand même continuer leur pratique masturbatoire...[131]

Des troubles psychiatriques peuvent donc accompagner ce genre de pratique masturbatoire et doivent être recherchés. Certaines conséquences graves pourraient peut-être ainsi être évitées, comme le décès chez ce jeune patient travesti de 36 ans, s'étant auto-mutilé le rectum avec un baril en bois tout en s'asphyxiant avec un sac en plastique [21].

Quoiqu'il en soit, l'intérêt d'une démonstration de l'utilisation adéquate des godemichets vaginaux au cours des programmes d'éducation sexuelle a été suggéré déjà dans les années 1970[240]. Cette éducation doit-il se résumer au vagin ? Doit-on faciliter l'accès à l'information quant à la sodomie et au plaisir rectal ?

6.7.6 Rééducation

Une rééducation active et passive des muscles du périnée devra être envisagée en cas de laxité anale ou de risque d'incontinence fécale.

La perte de la sensation de besoin, une douleur à la défécation, la sensation d'évacuation incomplète ou l'incontinence aux selles et aux gaz sont des symptômes fréquents et peuvent être réduits.

Il est conseillé de réaliser une quinzaine de séances de façon bihebdomadaire, puis hebdomadaire, voire tous les quinze jours en entretien en fonction du résultat. Il est noté toutefois que 5 à 6 séances peuvent être suffisantes [437].

La rééducation consiste à réapprendre la synergie abdomino-sphinctérienne et nécessite un matériel spécifique permettant de contrôler simultanément la sensibilité et la contractilité des éléments de la région ano-rectale. Le rectum doit être vidé avant chaque séance. Les principaux muscles concernés sont l'élévateur de l'anus et le muscle transverse profond du périnée.

Pour le muscle élévateur (*levator ani*) de l'anus, le patient est placé en décubitus ventral, la main proximale empaume le sacrum et le coccyx alors que la main distale du kinésithérapeute vient renforcer l'action de la main proximale. La mise en tension, qui doit toujours être douce, lente et indolore, se fait en direction de la symphyse pubienne. La table sert de contre-appui. La pression est maintenue sur l'expiration.

En ce qui concerne le transverse profond du périnée, la finalité est de rapprocher les tubérosités ischiatiques. Le patient est placé en décubitus latéral. L'éminence thénar de la main distale crée une pression sur la tubérosité ischiatique en direction de celle du côté opposé. « La main proximale éversé l'os iliaque en crochétant l'aile iliaque » [232].

Troisième Partie :

Étude rétrospective
multicentrique : 78 admissions aux
urgences de 73 patients entre le
01/01/2000 et le 31/12/2009

7PRESENTATION DES SITES

7.1 VILLE DE DIJON

Dijon est une ville de France située entre le bassin parisien et le bassin rhodanien, à 310 kilomètres au sud-est de Paris et 190 kilomètres au nord de Lyon. C'est la préfecture du département de la Côte-d'Or et le chef-lieu de la région Bourgogne.

En 2007, Dijon intra-muros compte 151 543 habitants. Il s'agit donc de la 17^{ème} commune la plus peuplée du pays. Avec 237 925 habitants, son agglomération est la 26^{ème} de France.

Dijon est une ville touristique dont l'attrait est renforcé par la réputation gastronomique de la région. C'est également une ville verte au secteur tertiaire important, capitale de la région dans le domaine scolaire, universitaire, judiciaire, hospitalier et administratif. Son secteur pharmaceutique est aussi réputé.

La population est relativement jeune. Le taux de personnes âgées de plus de 60 ans est de 19,9%. La population féminine de la commune est supérieure à la population masculine.

On retrouve 46,8% d'hommes (0 à 14 ans = 14,8 %, 15 à 29 ans = 30,8 %, 30 à 44 ans = 19,8 %, 45 à 59 ans = 17,9 %, plus de 60 ans = 16,7 %) et 53,2% de femmes (0 à 14 ans = 12,1 %, 15 à 29 ans = 30,6 %, 30 à 44 ans = 17,5 %, 45 à 59 ans = 17,2 %, plus de 60 ans = 22,5 %).

En termes de données quantitatives, Dijon présente un taux d'activité de 68,5 % pour un taux de chômage de 7% en 2007. Par ailleurs, Dijon est classé 19^e ville étudiante de France.

En 2002, Dijon a adhéré au réseau des villes santé de l'OMS, grâce à la mise en place de divers programmes, notamment dans la prévention des addictions et des IST. Dijon possède par ailleurs un pôle de recherche médicale composé de 15 chercheurs et

96 médecins, ainsi qu'un centre de lutte contre le cancer, le centre Georges-François Leclerc en collaboration avec l'université de médecine.

7.1.1 DIJON : les hôpitaux

L'activité du CHU de Dijon se déploie sur 3 sites :

1. l'Hôpital Général
2. Le Complexe du Bocage
3. Le Centre gériatrique de Champmaillot

L'Hôpital Général fut fondé en 1204 par Eudes III, septième duc héréditaire de Bourgogne.

Le Complexe du Bocage réunit un ensemble d'établissements construits à partir des années 60 sur des anciens champs clos par des haies, appelés « bocages ». On y retrouve :

1. l'Hôpital du Bocage
2. l'Hôpital d'Enfants et les urgences Enfants
3. la Maternité
4. le Centre de Cardiologie
5. le Centre de Convalescence et de Rééducation
6. le Centre d'Hémodialyse
7. le Centre de Transfusion Sanguine, rattaché à l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Le Centre gériatrique de Champmaillot est dédié à l'accueil, aux soins et à l'hébergement des personnes âgées. On y regroupe la médecine gériatrique, les Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique et un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

Le CHU de Dijon est la première entreprise du département avec 6300 employés.

7.1.2 SRAU : Service Régional D'Accueil des Urgences (SRAU)

Le SRAU de Dijon, situé sur le site de Bocage Central, reçoit les urgences médico-chirurgicales et psychiatriques de l'adulte et des adolescents de plus de 15 ans. Il est composé d'une salle d'accueil des urgences vitales, d'une hospitalisation courte, d'une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD), d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

7.1.2.1 Fonctionnement du SRAU

Le SRAU accueille et prend en charge les personnes de plus de 15 ans, adressées par un médecin, par le SAMU-Centre 15 ou se présentant d'elles-mêmes. Les patients en état grave arrivent en général par le SMUR. Dijon reçoit des malades transférés depuis d'autres hôpitaux de la région Bourgogne. Le SRAU assure également la prise en charge des personnes démunies en état de précarité par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) où interviennent des travailleurs sociaux.

Un(e) infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) évalue la douleur et propose une prise en charge adaptée, en liaison avec un médecin.

L'examen clinique se fait par un médecin (interne ou praticien hospitalier), éventuellement assisté par un externe.

7.1.2.2 Activité du SRAU

Environ 40 000 malades fréquentent le SRAU de Dijon par an, soit une moyenne de 130 patients par jour.

7.2 VILLE D'EPINAL

Épinal est une commune française, la préfecture et la plus grande ville du département des Vosges dans la région Lorraine.

Au sud de la Lorraine, Epinal se situe aux confins de la Banane bleue, à 380 kilomètres à l'est de Paris, 70 kilomètres au sud de Nancy.

Epinal est traversé par la Moselle. La ville est entourée de plateaux.

La démographie d'Epinal a toujours été intimement liée à l'industrie du textile.

Epinal compte 35 387 habitants en 2010. L'agglomération spinalienne comptait 63 657 habitants en 2007, en progression par rapport aux années précédentes.

La population de la commune est relativement âgée. Le taux de personnes d'un âge supérieur à 60 ans est de 22,2%. La population féminine de la commune est supérieure à la population masculine.

On retrouve 47,5% d'hommes (0 à 14 ans = 18,2 %, 15 à 29 ans = 26 %, 30 à 44 ans = 19,3 %, 45 à 59 ans = 18,9 %, plus de 60 ans = 17,6 %) et 52,5 % de femmes (0 à 14 ans = 15,4 %, 15 à 29 ans = 20,4 %, 30 à 44 ans = 18,4 %, 45 à 59 ans = 19,5 %, plus de 60 ans = 26,4 %).

Avec plus de 60 000 emplois comptabilisés sur son territoire, Epinal est le principal fournisseur d'emplois du département.

Épinal n'est donc pas à proprement parler une ville industrielle. Ce sont en fait, pour la majorité, les communes avoisinantes qui abritent les principales industries, et notamment les villes de Golbey et Thaon-les-Vosges. Sur la première se situe entre autres, la plus importante usine européenne de papier journal (Norske Skog), une usine de climatisation (Trane) et une usine Michelin. Sur la seconde se situe une usine de turbo pour voitures (Honeywell Turbo Technologies).

L'économie d'Épinal est avant tout une économie fondée sur le secteur tertiaire, ce qui en fait la métropole sud de la Lorraine.

Epinal est la capitale mondiale du bois et de l'image.

7.2.1 Centre Hospitalier Régional Jean Monnet

Inauguré en 1967, l'hôpital a une capacité de 309 lits d'hospitalisation de court séjour et de 16 lits d'hospitalisation de jour.

Son activité est partagée avec une polyclinique privée appelée « La Ligne Bleue », qui a comme principale vocation la chirurgie avec 201 lits. On y compte également 15 lits de médecine. Son service d'accueil des urgences est fermé depuis 2001.

7.2.1.1 Fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Le SAU accueille et prend en charge les personnes de plus de 18 ans, adressées par un médecin, par le SAMU-Centre 15 ou se présentant d'elles-mêmes pour tout ce qui concerne les pathologies médicales. Le SAU accueille également les mineurs de tout âge pour les traumatismes bénins et graves. Les patients en état grave arrivent en général par le SMUR. Epinal reçoit des malades transférés depuis d'autres hôpitaux de la région des Vosges.

Un(e) infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) évalue la douleur et propose une prise en charge adaptée, en liaison avec un médecin.

L'examen clinique se fait par un médecin (interne ou praticien hospitalier).

7.2.1.2 Activité du SAU

On compte environ 70 passages par jour soit plus de 23 000 passages annuels au SAU.

7.3VILLE DE LYON

Lyon est une ville située dans le sud-est de la France, au confluent du Rhône et de la Saône.

Ville située entre le Massif central à l'ouest et le massif alpin à l'est, Lyon occupe une position stratégique dans la circulation Nord-Sud en Europe.

Lyon se trouve à 470 kilomètres de Paris.

Lyon s'est recentrée sur les secteurs d'activité de techniques de pointe, telles que la pharmacie et les biotechnologies.

C'est la deuxième ville étudiante de France avec 4 universités et plusieurs grandes écoles.

Lyon constitue la troisième commune de France avec 474 946 habitants. On estime à 3.2 millions d'habitants la population totale de la région urbaine de Lyon.

Sur le plan de la recherche médicale, le Grand Lyon a créé en 2009 le Centre d'infectiologie avec 8400 m² de laboratoires et 450 chercheurs.

7.3.1 LYON : Hospices civils de Lyon

Les hospices civils de Lyon ont été créés en 1802. Il s'agit du 2^{ème} CHU de France et se compose de 17 établissements organisés en 5 groupements :

- 1) Groupement Hospitalier Nord : -L'Hôtel-Dieu
 - L'hôpital de la Croix-Rousse
 - Le service de consultations et traitements dentaires.

- 2) Groupement Hospitalier Est : -L'hôpital Pierre-Wertheimer
-L'hôpital Louis-Pradel
-L'hôpital Mère-Enfant

- 3) Groupement Hospitalier Sud : -Lyon Sud
-L'hôpital Henry Gabrielle

- 4) Groupement Hospitalier de Gériatrie

- 5) L'hôpital Edouard-Herriot

On cite également l'hôpital Debrousse et l'hôpital Renée Sabran ainsi que l'hôpital du Vinatier qui s'occupe de la psychiatrie.

7.3.2 Centre Hospitalier Universitaire : Hôpital Edouard-Herriot

Le groupement hospitalier Edouard Herriot est un important complexe médico-chirurgical comprenant 1106 lits d'hospitalisation complète, dont 571 lits de médecine et 447 lits de chirurgie et 78 lits de réanimation & soins intensifs.

On y retrouve pratiquement toutes les spécialités médicales et chirurgicales avec des services phares : chirurgie orthopédique, rhumatologie, transplantations et immunologie, etc. Inauguré en 1933, il se compose de 24 pavillons qui communiquent par des passages souterrains.

Il héberge le SAMU 69 et le Centre de médecine hyperbare. Le pavillon N accueille les urgences médicales et psychiatriques alors que le pavillon A accueille toutes les pathologies traumatiques au sens large.

C'est le principal pôle d'accueil des urgences de l'agglomération.

7.3.2.1 Fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences

Le SAU de l'hôpital Edouard-Herriot accueille tous les patients nécessitant une prise en charge traumatologique. Une infirmière d'accueil évalue la douleur, régule et hiérarchise les urgences. Un externe examine préalablement le patient et obtient confirmation de sa prise en charge par un médecin senior. Il n'y a habituellement pas d'interne travaillant au pavillon A.

Les patients sont originaires de Rhône-Alpes pour 93% dont 24% de Lyon.

7.3.2.2 Activité du SAU

Le SAU ont reçu 111 432 passages en 2001, soit près de 300 passages par jour.

7.4 VILLE DE NANCY

Nancy est une ville située en Lorraine, préfecture du département de Meurthe-et-Moselle, entre plusieurs collines formant des petits plateaux boisés.

La population intra muros s'élève en 2008 à 106 361 habitants dans une aire urbaine de 415 765 habitants (2006).

Nancy est la cinquième place financière de France. C'est également le siège de la Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle.

Nancy est le premier pôle de santé du Nord-Est de la France avec le CHRU installé à Brabois, l'hôpital Central dans le centre de la ville ainsi que la maternité régionale. On y compte également de nombreuses cliniques privées.

Le technopôle de Nancy-Brabois situé à Vandoeuvre-lès-Nancy est l'un des plus importants du pays et l'un des trois premiers avec celui de Nice et de Grenoble.

La zone d'emploi rassemble près de 168 000 emplois. Nancy se classe au 16^{ème} rang des aires urbaines françaises avec 13 000 emplois métropolitains supérieurs. Sa position en matière d'information, de recherche et de télécommunications est bonne.

On compte à Nancy plus de 50 000 étudiants au total. On y trouve trois universités ainsi qu'une centaine de laboratoires abritant 2 500 chercheurs.

7.4.1 Nancy : les hôpitaux

Nancy se divise en 5 centres hospitaliers :

- Hôpital Central
- Hôpital d'adultes de Brabois
- Hôpital d'enfants de Brabois
- Hôpital St-Julien
- Centre St-Stanislas

7.4.2 Centre Hospitalier Universitaire : Hôpital Central de Nancy

L'hôpital Central a été mis en service en 1883 et héberge le dispositif d'urgence de l'agglomération nancéienne : Service d'Accueil des Urgences, centre 15, SAMU, centre anti-poison.

Il se compose de 444 lits et regroupe quasiment toutes les spécialités.

7.4.2.1 Fonctionnement du service d'accueil des urgences (SAU)

Le SAU de l'hôpital Central accueille tous les patients nécessitant une prise en charge médicale et traumatologique. Une infirmière d'accueil évalue la douleur, régule et hiérarchise les urgences. Un externe et/ou un interne examine préalablement le patient et obtient confirmation de sa prise en charge par un médecin senior.

7.4.2.2 Activité du SAU

Le nombre de passage aux urgences en 2001 s'élevait à 75102 dont 23561 hospitalisations pour une moyenne de 205 passages par jour.

8RESUME DE L'ETUDE

Corps étrangers intra-rectaux : étiologie et prise en charge des patients, une étude rétrospective multicentrique.

Le nombre de patients se présentant aux urgences avec un corps étranger intra-rectal semble être en augmentation. Toutefois, la majorité des études ne discutent que de la prise en charge chirurgicale.

Cette étude a été réalisée dans quatre centres hospitaliers de France : Dijon, Epinal, Lyon et Nancy sur une période de 10 ans. L'objectif est de donner une vue d'ensemble sur les patients et leur prise en charge en analysant les dossiers patients informatisés.

78 entrées (73 patients) ont été identifiées entre le 01/01/2000 et le 31/12/2009. 68 hommes et 5 femmes âgés entre 16 et 88 ans ont été étudiés. L'âge moyen des patients est de 47 ans. La plupart des patients sont célibataires, de race caucasienne, sans emploi ou à la retraite, vivent en ville et se sont présentés entre 1 et 120 heures après l'insertion de l'objet dans le rectum. 8 patients avaient des antécédents psychiatriques connus et 2 ont été hospitalisés pour le même motif plus de 2 fois. 43,59% des patients se plaignent de douleurs à l'arrivée. Le motif de consultation principal est « corps étranger intra-rectal » dans 83,33% des cas. L'objet le plus retrouvé est le godemichet. Les complications, le suivi, les techniques d'extraction et le type d'anesthésie sont présentés. Trop peu d'analyse neurologique et psychiatrique des patients est faite. Il n'y a pas de traces de conseils ou information au patient.

8.1 ABSTRACT

Rectal foreign bodies : causes and care of the patients, a retrospective multicentric study.

The impaction of rectal foreign bodies is a growing medico-surgical dilemma that drains more and more attention. No relevant study seems to show other aspects of this problem outside surgery and removal of the foreign objects.

This study has taken place in four medical centers of France : Dijon, Epinal, Lyon and Nancy over a 10 year period to present a global picture of the management of rectal foreign bodies, by simple analysis of the patient files.

78 entries (73 patients) were identified from 01/01/2000 to 31/12/2009. 68 men and 5 women aged between 16 and 88 were analysed. The mean age was recorded to be 47 years old. Most patients were single, of Caucasian race and unemployed or retired, lived in the city and came by themselves to the hospital between 1 and 120 hours after foreign object impaction. 8 had psychiatric history, 2 have been hospitalised more than 2 times for rectal foreign body impaction. 43.59% of patients had pain at arrival. Most patients came for impossibility to remove a foreign object, inserted in 83.33% by the patients themselves. The most usual objects retrieved are sex-toys. Complications, follow-up, extraction techniques, anaesthetics are presented.

Not enough psychiatric or neurological assessment is done and most objects are removed by surgeons. More information and studies are needed to inform both patients and practitioners in this matter.

8.2 Mots clefs/ Key Words

Français : Corps étranger intra-rectal, lésion rectale, troubles du comportement sexuel, sexualité, perversion, troubles sexuels, homosexualité, masturbation, auto-érotisme, godemichet

Rectal foreign body, rectal injury, sexual troubles, sexuality, perversion, homosexuality, masturbation, auto-erotism, sex-toys, sexual behaviour modifications.

9INTRODUCTION

Les corps étrangers intra-rectaux sont souvent à l'origine de blagues et de ridicule aux urgences tout comme dans les services de chirurgie.

La fréquence réelle d'utilisation de corps étrangers à des fins érotiques dans la population est non chiffrable et difficile à estimer. Les ventes de godemichets en constante progression (times magazine), estimées à plus de 1000/jour pour une seule compagnie [356] laissent présager que ce genre de pratique est chose courante et de plus en plus à la mode. La fréquence d'utilisation d'objets à but thérapeutique ou diagnostic comme les thermomètres ou les lavements reste élevée, surtout chez les patients du troisième âge. Les autres causes, notamment la dissimulation d'objet en milieu carcéral et la dissimulation de drogues font l'objet de consultations périodiques.

Il y a de plus en plus d'études sur la prise en charge des corps étrangers, comme nos sociétés semblent être de plus en plus libérales et s'ouvrent à des discussions avec moins de tabous sur la sexualité.

Toutefois, très peu d'études se sont intéressées au versant médico-psychiatrique de cette pratique à risque. Aucune étude ne chiffre la présence de troubles neuro-psychiatriques chez cette population de patients se présentant aux urgences avec un corps étranger dans le rectum. Malgré différentes citations éparses dans quelques études récentes sur l'intérêt d'une consultation psychiatrique, aucune ne présente le versant neuro-psycho-social de la problématique. La quasi-totalité des études portent actuellement sur la prise en charge chirurgicale des complications et sur les techniques d'extraction. Plusieurs séries de cas ont été publiées pour démontrer l'utilisation isolée d'une technique d'extraction particulière. D'autres études portant sur l'homosexualité et la sexualité anale en général présentent l'utilisation de corps étrangers et/ou de lavements à des fins érotiques, mais celles-ci ne se concentrent pas spécifiquement sur la corrélation corps étranger intra-rectal et trouble neuro-psychiatrique.

L'intérêt de cette étude d'observation, rétrospective multicentrique, est d'explorer panoramiquement tous les versants de ce dilemme médico-chirurgical et d'analyser la prise en charge actuelle, en France métropolitaine, des patients concernés. D'après les dossiers sur les dix dernières années de quatre centres (Dijon, Epinal, Lyon, Nancy) de différents volumes d'activité dans quatre villes de différents rangs, nous avons voulu extraire les données clefs de la prise en charge actuelle, c'est-à-dire les données concernant le patient, le centre de soin, le dossier médical et les soins.

10 MATERIEL ET METHODES

Nous avons collecté les données de tous les dossiers de patients dans les centres de Dijon, Epinal, Lyon et Nancy avec le diagnostic de « corps étranger intra-rectal » de façon rétrospective. Le dossier patient a été analysé chez tout patient admis aux urgences entre janvier 2000 et décembre 2009 pour ce motif.

L'extraction des données s'est faite grâce à la recherche des « Résumés d'Unité Médicale » (RUM) de patients admis dans le service des Urgences des hôpitaux Edouard-Herriot à Lyon, Central à Dijon, Jean-Monnet à Epinal et Central à Nancy ainsi que des services des Urgences Chirurgicales Viscérales des mêmes hôpitaux possédant le diagnostic CIM-10 (Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes) suivant: T18.5 (Corps étrangers dans l'anus et le rectum).

Nous avons exclu tout patient dont le corps étranger dans l'anus et le rectum était d'origine organique, c'est-à-dire soit tumoral ou aux dépens des structures de l'anus et du rectum.

Nous avons analysé leurs antécédents médicaux à la recherche particulièrement de pathologies susceptibles d'interférer avec le bon fonctionnement neuro-psychologique des patients (HTA, diabète, maladie vasculaire, vascularite, encéphalite, encéphalopathie, crises d'épilepsie, psychose, névrose). Nous avons recherché le nombre de traitements à l'entrée des patients pour évoquer la relation s'il y en a une, entre polymédication et corps étranger intra-rectal.

Les données socio-démographiques des patients ont été récupérées, notamment l'âge, le sexe, le statut marital (célibataire, en couple hétérosexuel, en couple homosexuel, marié, divorcé, veuf) et l'ethnologie des patients. Nous avons également noté si les patients vivaient plutôt dans un petit village, dans un village ou en ville au moment de la consultation aux urgences. Nous avons ensuite distingué les patients « avec » et « sans » travail (chômage, retraite, handicap).

Nous avons recherché s'il y avait une trace de l'orientation sexuelle du patient.

La date et l'heure d'arrivée à l'hôpital ainsi que le délai entre la dite insertion si retrouvée et la présentation aux urgences ont été relevés. Nous avons noté s'il s'agissait d'une première fois ou d'une récurrence, le mode d'arrivée et l'origine du patient (domicile, extérieur, transfert, police).

Le motif de consultation a été relevé pour étudier le pourcentage de consultation pour corps étranger et le pourcentage de consultation pour une complication (rectorragie, douleur abdominale, syndrome occlusif, etc.) par le patient ou pour un motif autre.

Une analyse de l'examen clinique de l'urgentiste a été réalisée (examen clinique complet, toucher rectal, anoscopie) pour identifier les éventuels manquements à la prise en charge complète du patient et à la tenue du dossier médical. Nous avons également relevé le délai de prise en charge du patient en mesurant la différence entre l'heure de la prise du dossier par le médecin et l'heure d'admission aux urgences.

Les techniques d'extraction utilisées et les complications immédiates ont été étudiées. Le cas échéant, le type d'anesthésie choisi a également été noté. Nous avons relevé si l'extraction a eu lieu au lit du patient, au bloc opératoire ou spontanément.

Le type et la nature de l'objet ont été analysés, mais pas la taille ni sa localisation par rapport à la marge anale.

Nous avons également noté s'il s'agissait d'une auto ou d'une hétéro-insertion, volontaire ou involontaire. Nous avons catégorisé les motifs de consultation (viol/agression, gratification sexuelle, dissimulation de stupéfiants, autre).

La durée d'hospitalisation, l'absence ou la présence de douleurs à l'admission, la présence de complications immédiates ont été analysés. Nous avons noté si oui ou non le patient a reçu une antibiothérapie à la sortie.

La présence ou non de traces de conseils donnés au patient, la proposition au patient d'un suivi psychiatrique sont des notions que nous avons recherché dans les différents dossiers.

Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un programme codé (WDA) par Mr. M. Sheikhian. L'analyse statistique des données s'est fait à l'aide du programme WDA, codé par Mr. M. Sheikhian.

Avant de recueillir les dossiers des patients, les accords des différents chefs de service concernés ont été récupérés.

Nous avons, tout au long de l'étude, respecté avec rigueur l'anonymat des patients et le secret médical.

11 RESULTATS

Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2009, 78 hospitalisations ont été notées chez 73 patients (5 femmes, 68 hommes) admis aux urgences avec notion de corps étranger intra-rectal. Les patients sont âgés entre 16 et 88 ans pour une moyenne de 47 ans avec une distribution en cloche, comme le présente la figure 4.0.

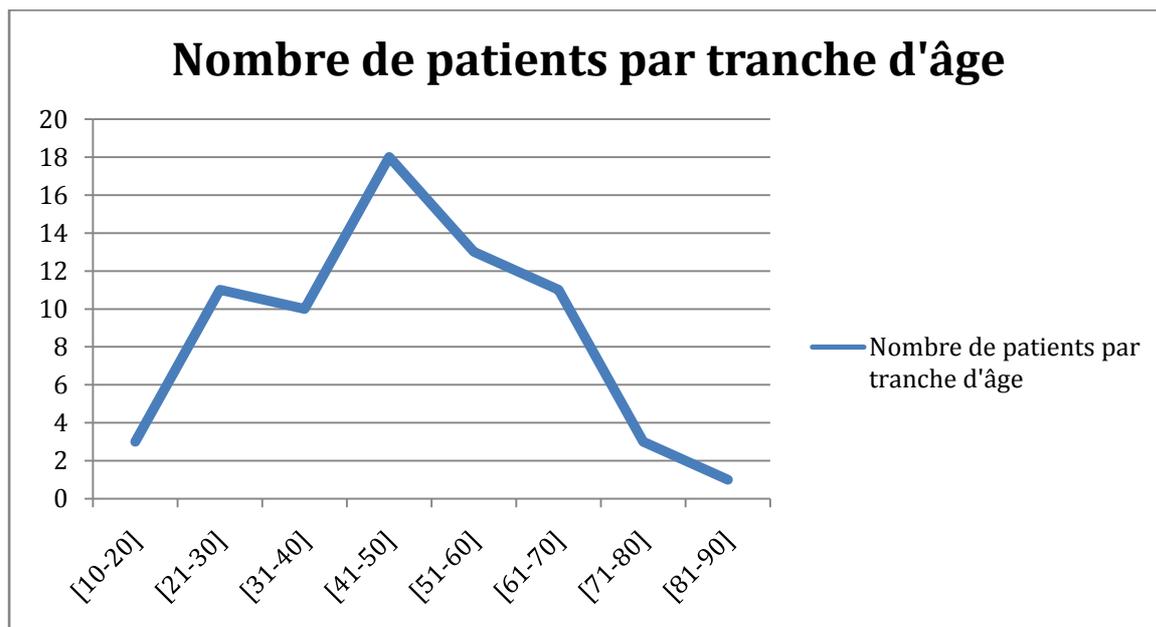


Figure 4.0 : Nombre de patients par tranche d'âge

Nous avons recensé 44 cas à Lyon (60,27%), 14 cas à Dijon (19,18%), 8 cas à Nancy (10,96%) et 7 cas à Epinal (9,59%).

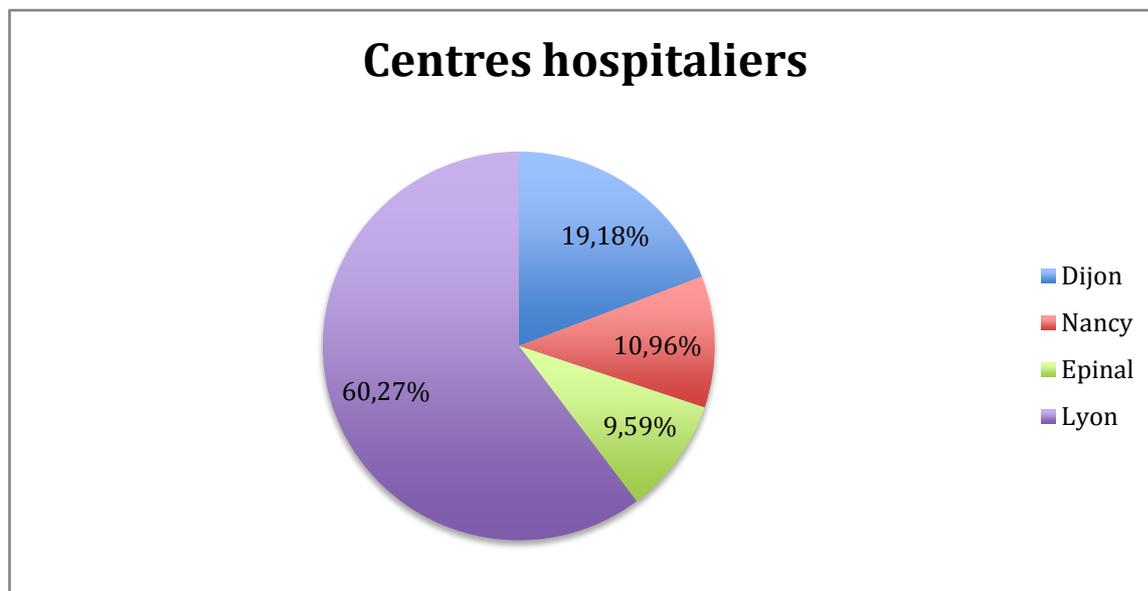


Figure 4.1 : Répartition des patients par centre

Sur 73 patients, 25 étaient célibataires au moment de l'admission, 16 mariés, 4 veufs, 6 divorcés, 2 étaient en couple homosexuel avéré et 2 en couple hétérosexuel. Nous n'avons pas trouvé d'information concernant les 18 autres, soit pour 24,66% de nos patients.

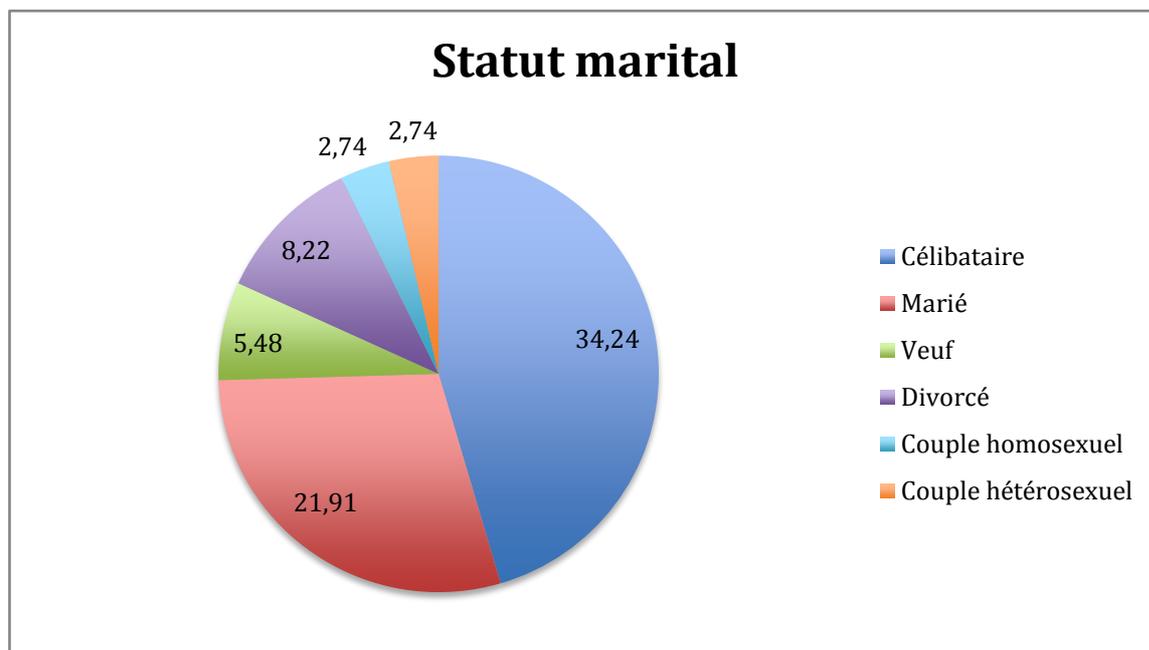


Figure 4.2 : Statut marital des patients

64 patients étaient d'origine caucasienne (87,67%), 6 personnes (8,22%) du Maghreb, dont 3 Algériens. 1 patient était originaire des Caraïbes, 1 de Madagascar et 1 Turc.

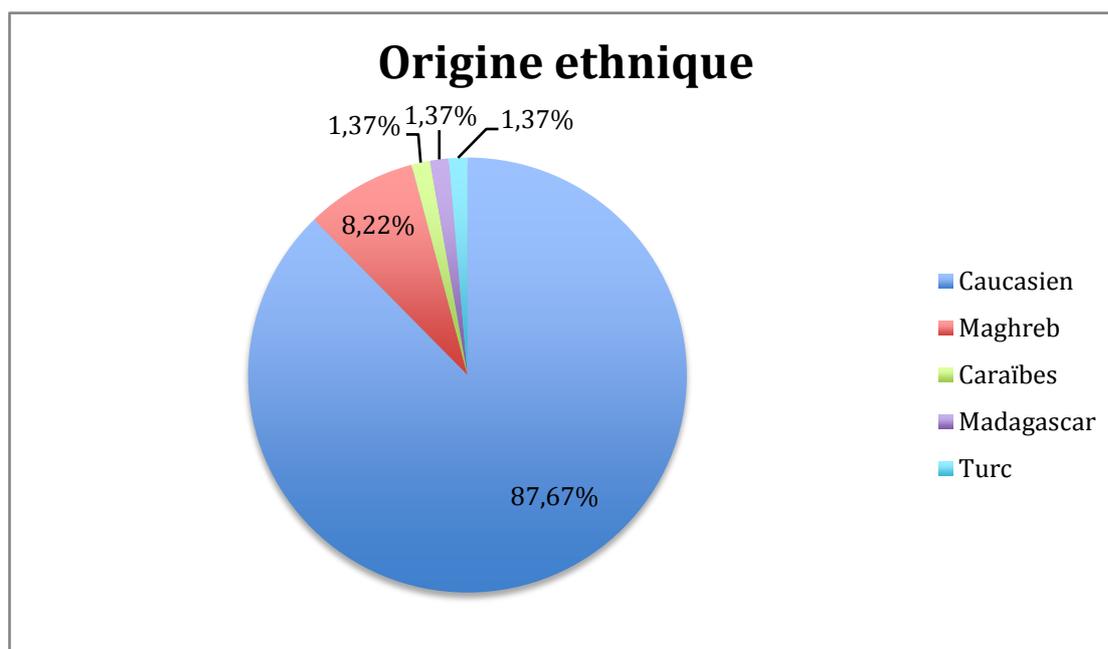


Figure 4.3 : Origine ethnique des patients

61,5% des patients étaient professionnellement inactifs au moment de leur admission aux urgences, soit retraités, soit au chômage, soit en invalidité.

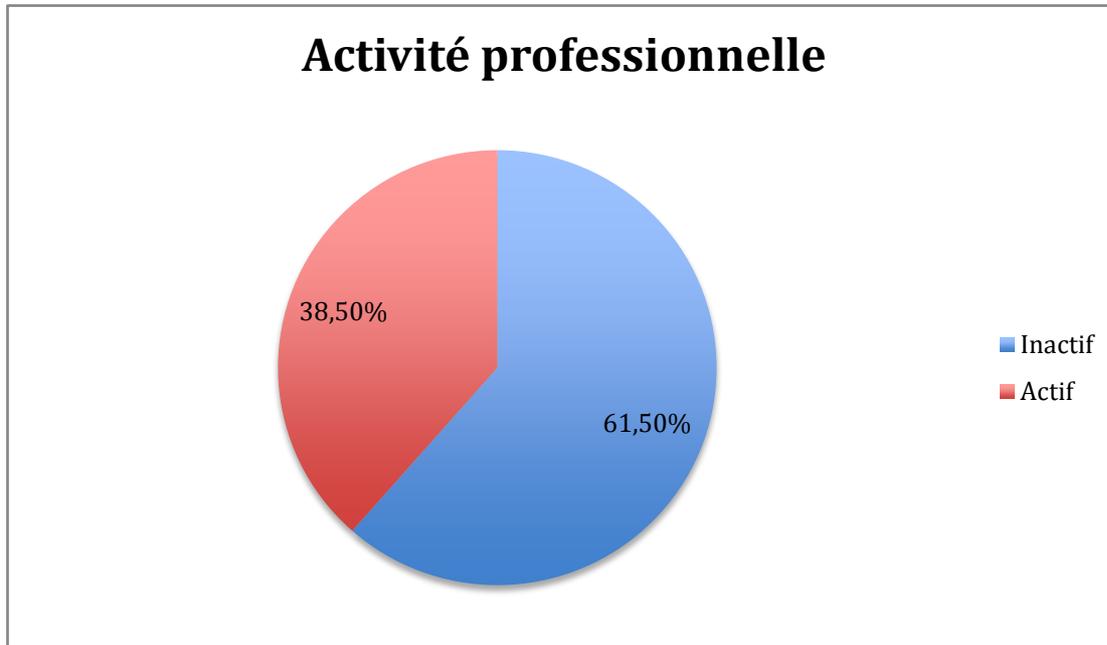


Figure 4.4 : Activité professionnelle des patients

12 (16,44%) vivaient dans un village ($5001 > x \leq 10\ 000$ habitants), 5 (6,85%) dans un petit village ($\leq 5\ 000$ habitants), 45 (61,64%) vivaient en ville ($\geq 100\ 000$ habitants) et 11 (15,07%) dans une petite ville ($10\ 001 > x \leq 99\ 999$ habitants).

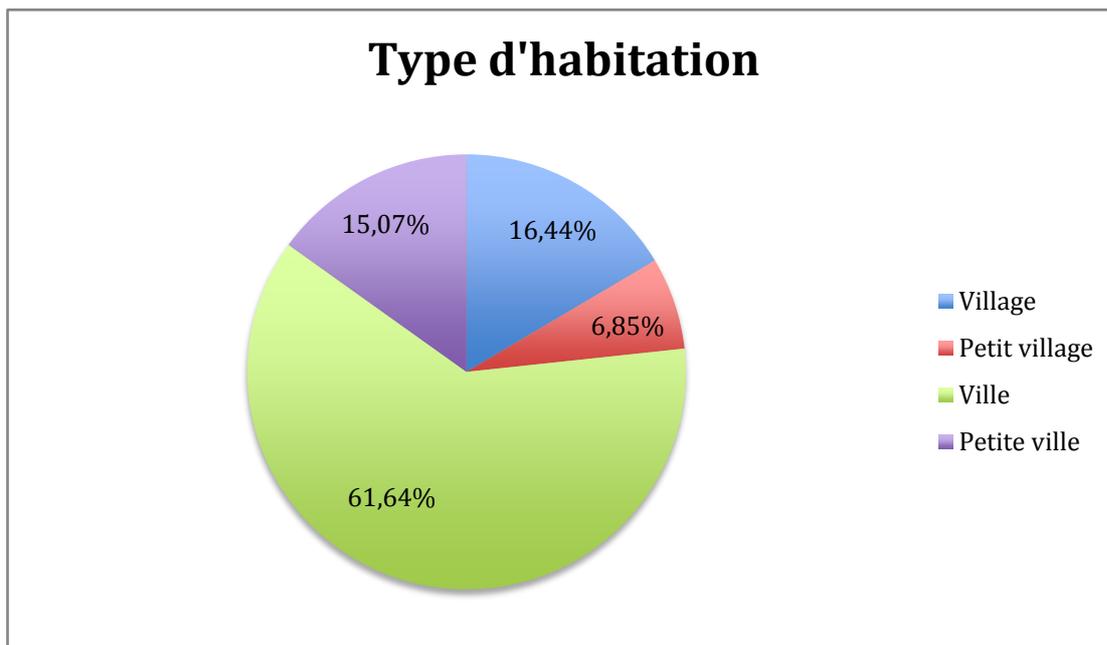


Figure 4.5 : Type d'habitation des patients

63 patients (80,77%) venaient du domicile, 8 patients (10,26%) étaient adressés par le médecin traitant, 3 (3,85%) étaient adressés d'un autre hôpital. 2 (2,56%) de nos patients venaient directement de l'extérieur (lieu du traumatisme) et 2 (2,56%) étaient amenés par la police pour suspicion de dissimulation de stupéfiants.

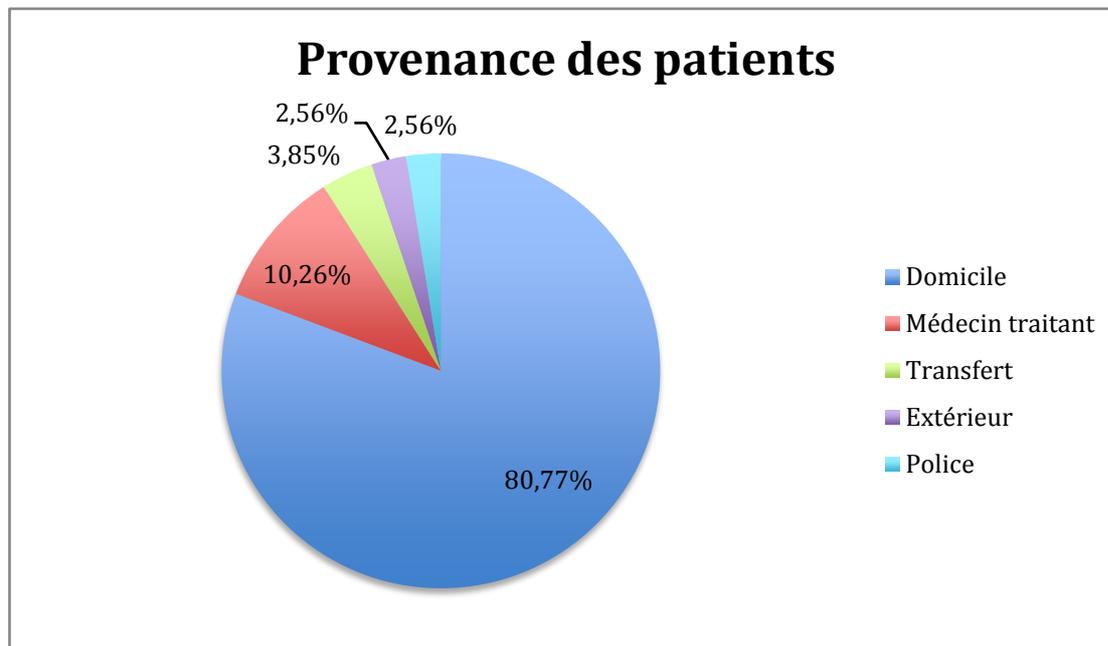


Figure 4.6 : Provenance des patients

La majorité des patients, soit 65 individus (83,33%) sont arrivés par leurs propres moyens aux urgences. 6 (7,69%) sont venus par ambulance ou VSL, 5 (6,41%) avec les pompiers et 2 (2,56%) par la police.

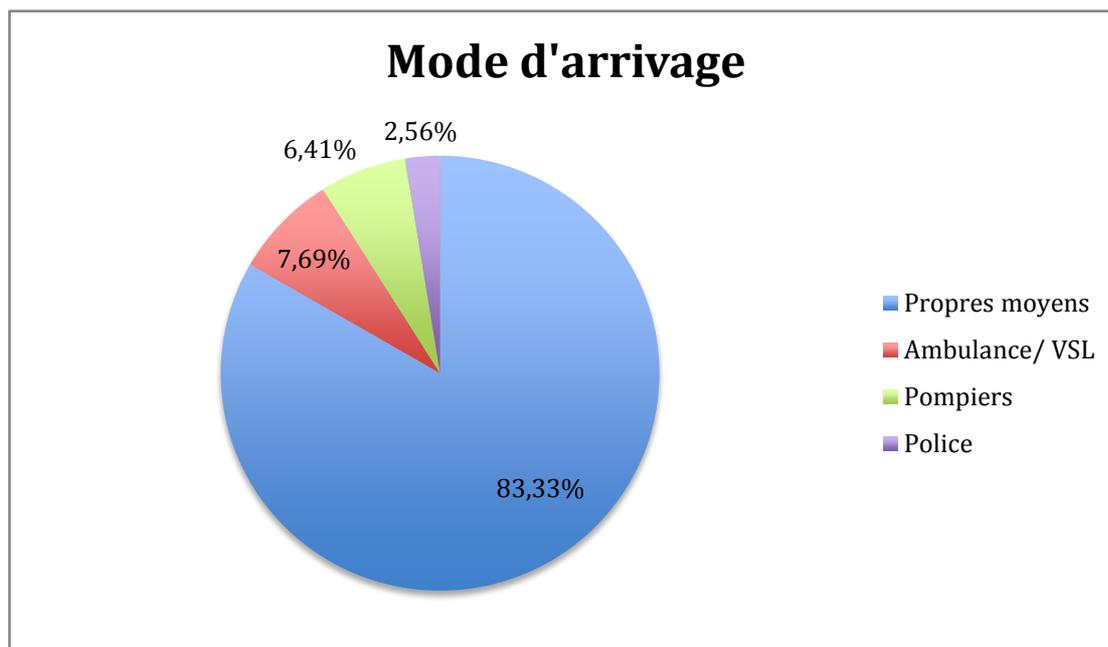


Figure 4.7 : Mode d'arrivée des patients

Selon le dossier patient, seulement 2 patients (2,56%) étaient alcoolisés lors de leur présentation initiale aux urgences.

2 patients ont été étiquetés comme récidivistes (≥ 2 hospitalisations).

Concernant les antécédents et co-morbidités des patients, 5 patients (6,41%) étaient atteints d'un cancer, 3 (3,85%) avaient subi une intervention neuro-chirurgicale, 2 (2,56%) avaient déjà souffert d'un traumatisme crânien grave, 4 (5,13%) souffraient de dépression, 5 (6%) étaient diabétiques, 10 (12,82%) étaient traités pour hypertension artérielle et 10 (12,82%) également pour dyslipidémie. 18 patients (24,6%) présentaient au moins un facteur de risque cardio-vasculaire. Aucun ne souffrait, selon le dossier patient, de maladie auto-immune ou d'autre vascularite.

8 patients (10,26%) avaient un antécédent psychiatrique.

Les patients prennent en moyenne 1 médicament (0-8). On compte 7 patients polymédiqués (>3 médicaments).

Le délai de présentation après insertion a été retrouvé dans 62 dossiers sur 78 et s'élève à 21 heures en moyenne (minimum : 1 heure, maximum : 120 heures), soit 21,5 heures pour Lyon, 22,5 heures pour Nancy, 3,85 heures pour Epinal et 11,64 heures pour Dijon.

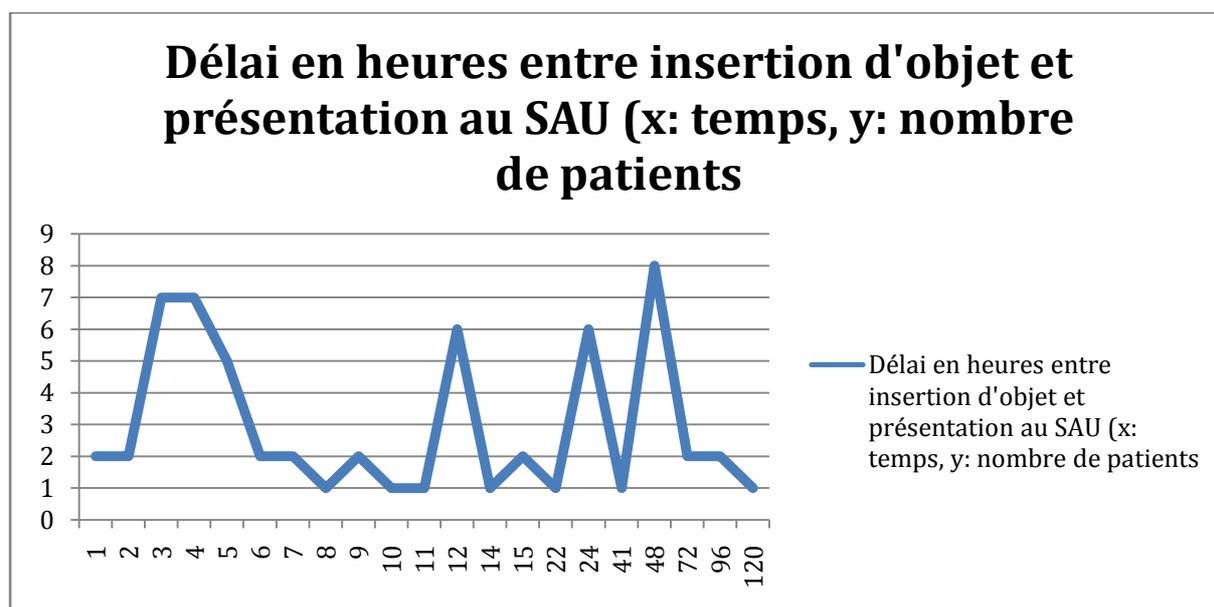


Figure 4.8 : Délai en heures entre insertion d'objet et présentation au SAU

Concernant la prise en charge initiale, le délai moyen de prise en charge a été de 26 minutes (minimum : 1 minute, maximum : 3 heures).

43,59% des patients (34 individus) se plaignent de douleurs (abdominale, abdomino-pelvienne, proctalgies) à leur arrivée au service d'accueil des urgences.

Les motifs de recours sont présentés dans le tableau suivant :

Corps étranger intra-rectal	79,484% (62 dossiers)
Rectorragies et/ou Douleur abdominale	10,256% (8 dossiers)
Constipation	3,85% (3 dossiers)
Viol	2,564% (2 dossiers)
Traumatisme périnéal	1,282% (1 dossier)
« Body-Packing »	1,282% (1 dossier)
Diarrhée	1,282% (1 dossier)

Tableau 4.0 : Motif de recours des patients

Les motifs d'insertion sont présentés dans le tableau suivant :

Erotisme	41,025% (32 dossiers)
Motif inconnu / non retrouvé	32,051% (25 dossiers)
Soulager une constipation	6,412% (5 dossiers)
Pari avec amis	3,846% (3 dossiers)
Viol	3,846% (3 dossiers)
Chute sur objet	2,564% (2 dossiers)
« Body-packing »	2,564% (2 dossiers)
Accident domestique	1,282% (1 dossier)
Dissimulation d'objet	1,282% (1 dossier)
Prise de température rectale	1,282% (1 dossier)
« Voir jusqu'où ça va »	1,282% (1 dossier)
Diarrhée	1,282% (1 dossier)
Prurit anal	1,282% (1 dossier)

Tableau 4.1 : Motifs d'insertion des objets

L'insertion a été volontaire dans 65 cas et involontaire dans 11 cas. Nous n'avons pas pu déterminer cette information dans 2 dossiers.

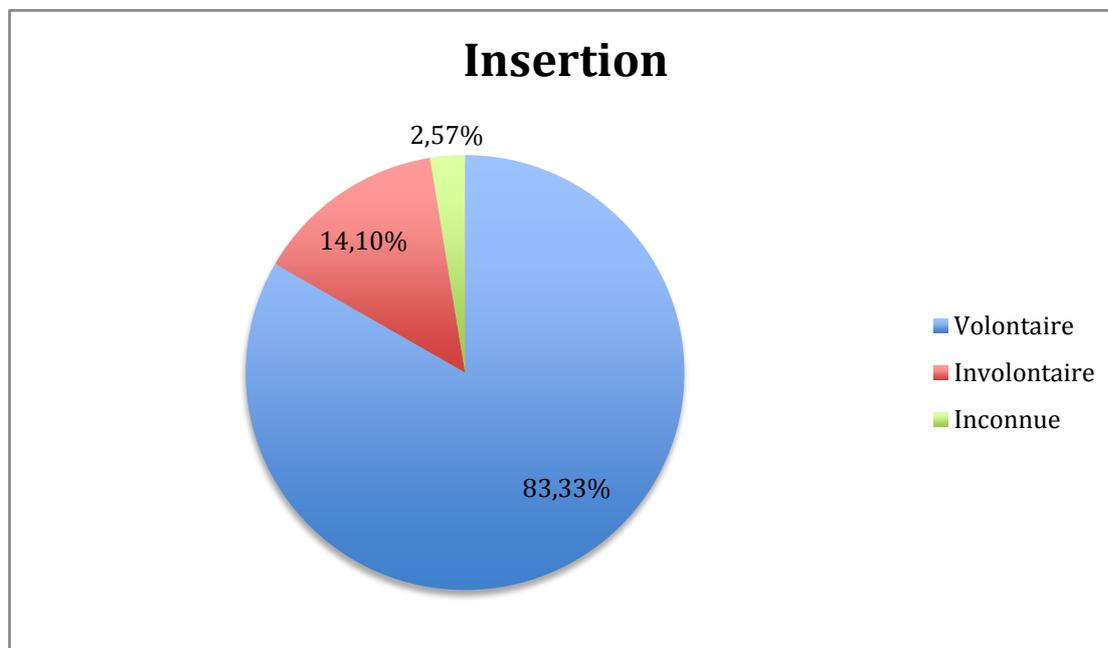


Figure 4.9 : Insertion volontaire ou involontaire de l'objet

L'insertion de l'objet s'est fait pendant le week-end dans 30 cas et dans 48 cas en semaine.

Un toucher rectal n'a été réalisé que chez 67,95% des patients (53 personnes). Une anoscopie n'a été réalisée que dans 7,69% des cas (6 personnes). Un examen clinique complet n'a été réalisé que dans 16,67% des cas (13 patients). On n'a pas d'idée sur l'examen clinique du médecin dans 2,56% des cas. Un examen radiographique de base a été réalisé dans 72 cas (92,3%). Un coloscanner a été réalisé une seule fois. Une coloscopie a été effectuée dans 8 cas (10,25%). Une échoendoscopie anale pour évaluer les sphincters a été réalisé 3 fois (3,85%) et une manométrie rectale 2 fois. Une échographie abdomino-pelvienne a également été réalisé à 3 reprises (3,85%). Un lavement baryté a été réalisé une fois et un lavement aux hydrosolubles 3 fois. Une sigmoïdoscopie rigide a été réalisée 17 fois et un scanner 18 fois (tableau 4.2).

Examen complémentaire	Fréquence	Nombre de cas (78)
Radiographie de l'abdomen sans préparation	92,3%	72
Scanner abdomino-pelvien	23,07%	18
Coloscopie	10,25%	8
Echographie abdominale	3,85%	3
Echoendoscopie anale	3,85%	3
Manométrie rectale	2,56%	2
Lavement baryté	1,28%	1
Lavement aux hydrosolubles	3,85%	3

Tableau 4.2 : Fréquence des examens complémentaires

Nous avons noté que le médecin urgentiste ne suspecte pas de corps étranger initialement dans 6,41% des cas (5 patients).

Le tableau suivant récapitule tous les objets retrouvés et leur fréquence dans notre échantillon :

Classification	Type d'objet	Nombre de cas
« Sex-Toys »/ objets à connotation érotique	-Boules de Geisha	1
	-Godemichets	18
	-Sex-Toy autre (plug)	1
	-Préservatif	2
Instruments de toilette	Bombe aérosol (à raser ou autre) avec/ sans capuchon	6
	Brosse à dent	1
	Etui de brosse à dent	1
	Kit de maquillage	1
	Tube crème ou produit de beauté	4
Instruments de cuisine et jardinage	Couteau	1
	Tube en plastique	2
	Tuyau en plastique	1
Alimentation	Boite métallique	1
	Bouteilles	4
	Pot de yaourt	1
	Pot de moutarde	1
	Sac de glaçons	1
	Verres de table	5
	Verre en terre cuite	1
Fruits & légumes	Aubergine	2
	Carotte	1
	Concombre	1
	Courgette	1
	Pommes	2
	Pomme de terre	1
Instruments médical	Thermomètre	1
	Tube de produit laxatif	3
Instrument sportif	Balle de ping-pong	1
	Ballon de baudruche	1
	Balle de tennis	1
	Bilboquet	1
	Boule de pétanque	1
	Boule en plastique	1
Autre	Ampoule électrique	1
	Boite métallique	1
	Biberon	1
	Capuchons	3
	Etui à cigare	2
	Drogues	1
	Fils de fer	1
	Morceau de métal	1
	Pot métallique	1
	Inconnu	1

Tableau 4.3 : Classification des corps étrangers

Dans 4 cas, il y a eu allégation de corps étrangers par le patient sans qu'aucun objet ne soit retrouvé (2 carottes, 1 canule de lavement, 1 téléphone portable). Dans 1 cas, on cite l'extraction de 3 objets, sans préciser leur nature. Dans 1 cas, nous n'avons retrouvé absolument aucune trace du type d'objet extrait.

Les complications immédiates lors de l'examen clinique initiales sont résumées dans le tableau suivant :

CORPS ETRANGER	COMPLICATION(S)
Drogues dans préservatif	Rectorragie
Ampoule électrique + 2 fils métalliques	Saignement minime + Syndrome occlusif
Aubergine (2)	Rectorragie+fissures anales(1), Saignement minime + douleurs abdominales (1).
Balle de tennis	Saignement minime + Douleurs abdominales
Ballon de baudruche gonflé à l'eau	Syndrome occlusif
Biberon en plastique + 1 verre	Péritonite, douleurs abdominales, proctalgies
Bilboquet	Saignement minime
Boite métallique	Rétention aigue d'urine+ syndrome occlusif
Bombes aérosol (3)	Rectorragie (2), fissure anale (1), Constipation (1), Douleurs abdominales (2), proctalgies (1)
Boule de pétanque	Lésions sphinctériennes
Boule en plastique dur	Rétention aigue d'urine
Bouteilles (3)	Rectorragie (1), Douleurs abdominales (1)
Brosse à dent	Rectorragie
Capuchons (2)	Douleurs (2), rectorragies (2)
Etui de brosse à dent	Constipation
Fil de fer	Rectorragie
Godemichets simples (5)	Constipation (1), Rectorragies (3), Proctalgie (1), Diarrhée (1)
Godemichet artisanal (1)	Syndrome occlusif
Godemichet électrique (3)	Douleurs abdominales (2), Rectorragies (2)
Kit de maquillage	Complications d'hémorroïdes externes
Morceau de métal	Rectorragies
Pomme de terre	Douleur abdominale
Pot de moutarde	Rétention aigue d'urine
Pot de yaourt	Proctalgie + saignement minime
Sac de glaçon	Déchirure muqueuse + saignement minime
Sex-toy : boules de Geisha	Douleurs abdominales
Tubes (produit toilette ou autre) (5)	Rectorragies (2), Constipation (1), Douleurs abdominales (2)
Tuyau en plastique	Saignement minime
Verres (3)	Rectorragies (2), Œdème de paroi+ rétention aigue d'urine et incontinence fécale (1), proctalgies (1)

Tableau 4.4 : Complications immédiates

Le tableau suivant présente que 86% des patients n'avaient qu'un seul objet en intra-rectal, 8% en avaient plus qu'un et nous n'avons pas retrouvé d'information sur cette donnée dans 6% des cas. 1 patiente avait d'autres corps étrangers dans d'autres cavités naturelles.

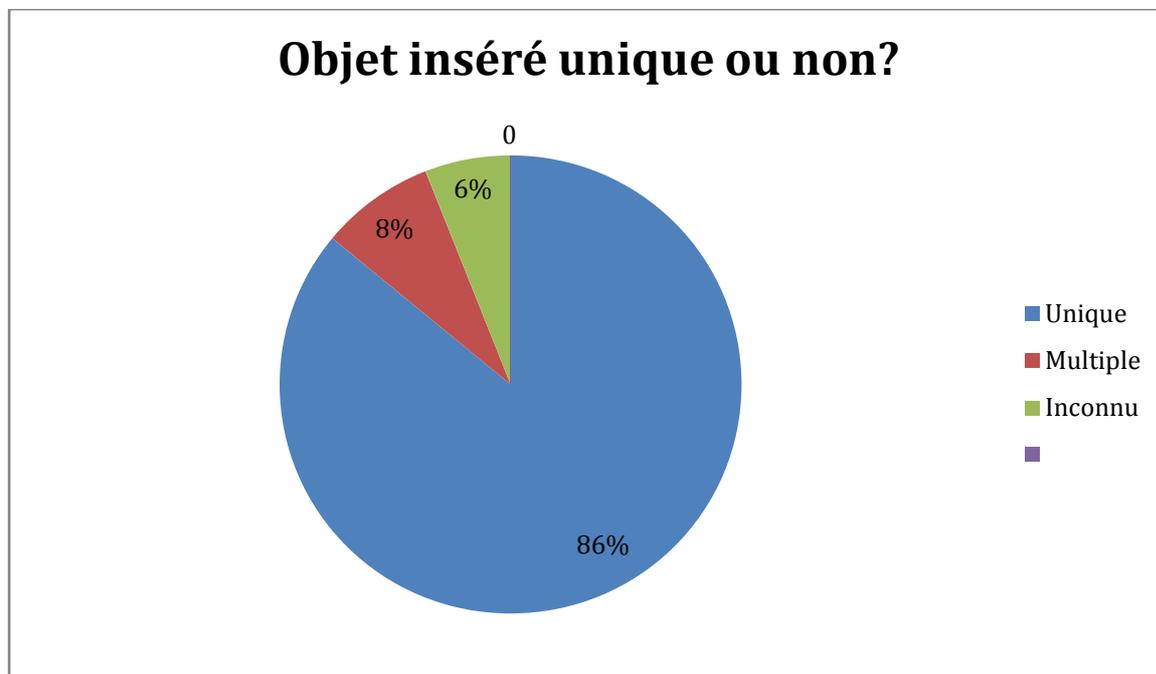


Figure 5.0 : Objet unique ou insertion multiple

On note des complications liées à l'insertion et/ou aux tentatives d'auto-retrait dans 47 cas (60,25%).

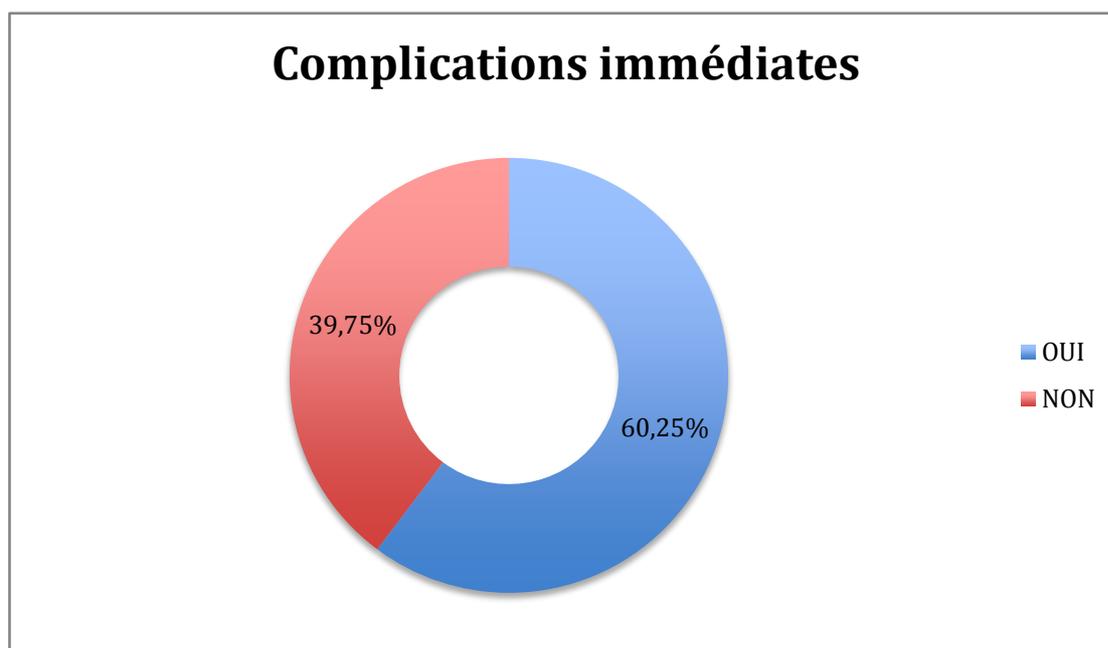


Figure 5.1 : Pourcentage de complications immédiates

Le diagramme suivant reprend les complications immédiates les plus fréquentes :

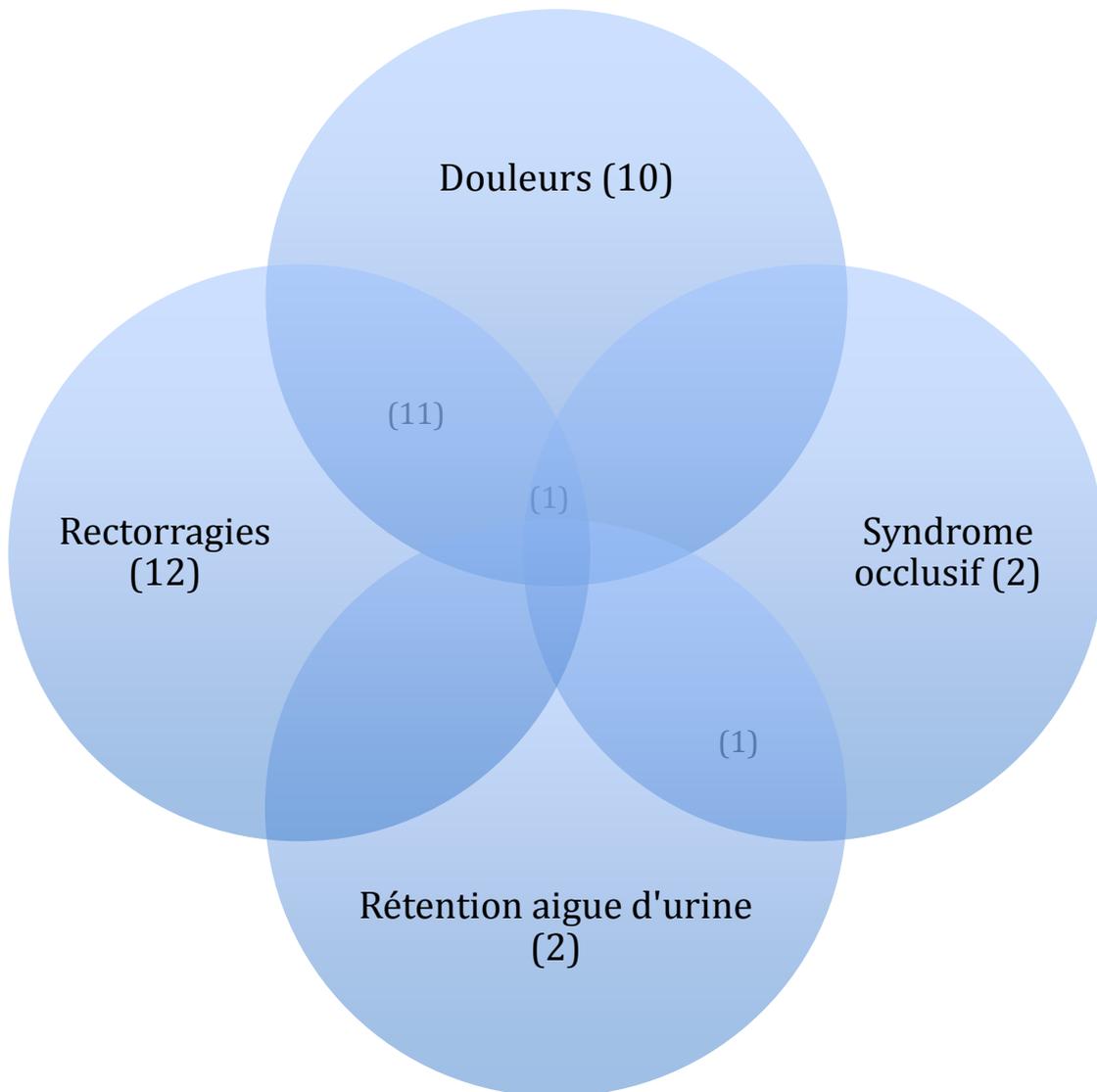


Figure 6.0 : Répartition des complications

Par ailleurs, 2 se plaignaient de constipation aux urgences, 1 de diarrhée. On a noté 1 cas de fissure sur hémorroïdes externes dans 1 cas et 2 réelles fissures anales compliquées de rectorragies dans 2 cas. On a noté un cas de lésion sphinctérienne grave à l'admission. On a également noté chez un patient des lésions de paroi avec œdème et incontinence fécale et rétention aigue d'urine après l'insertion d'un verre de table. L'infirmière d'accueil a noté « douleurs » dans 12 autres cas, sans que cela ne soit noté dans l'observation médicale.

94,87% des patients ont été hospitalisés. Ces patients ont été hospitalisés en secteur de chirurgie dans 97,43% des cas. Un patient a été admis directement en service spécialisé psychiatrique et un patient a été admis en soins de suite directement après son passage aux urgences. La durée moyenne d'hospitalisation est de 2,5 jours (1-22 jours). Un patient a été réhospitalisé 5 fois en raison des complications. 2 patients ont été réhospitalisés 2 fois et 5 patients ont été réhospitalisés 1 fois.

L'extraction s'est fait chez 5 patients au lit du malade et dans 68 cas au bloc opératoire. Le problème s'est résolu spontanément dans 4 cas. Nous n'avons aucune information pour 1 cas.

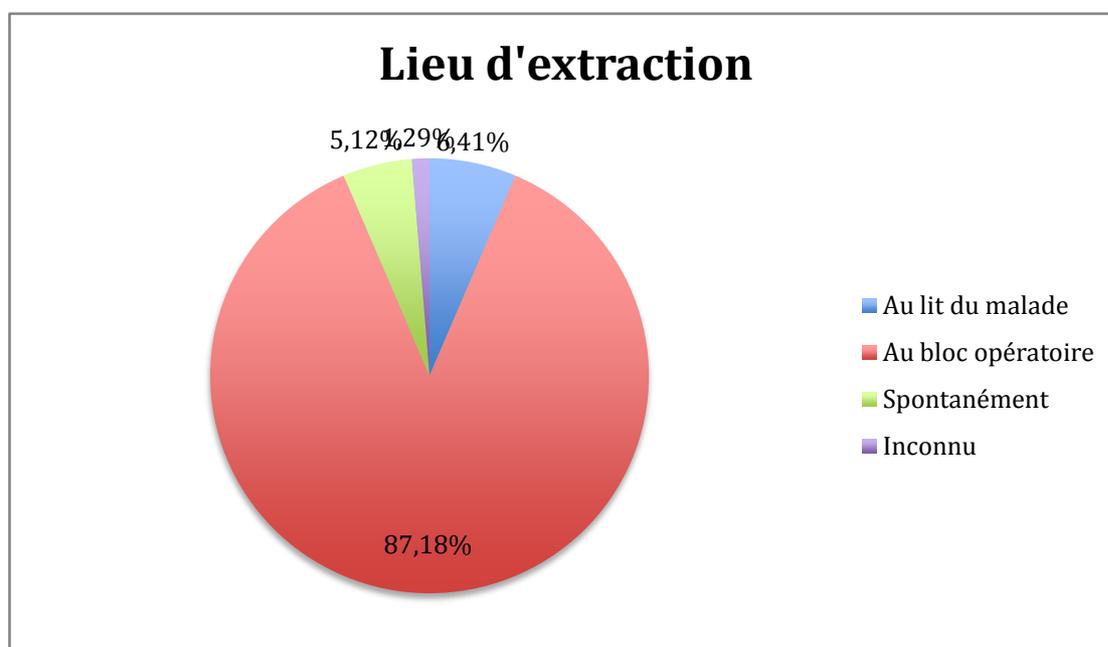


Figure 6.1 : Lieu d'extraction des objets

L'extraction a été réalisée sous anesthésie locale dans 2 cas, sous anesthésie générale dans 65 cas, sous rachianesthésie dans 3 cas et sans aucune anesthésie dans 9 cas.

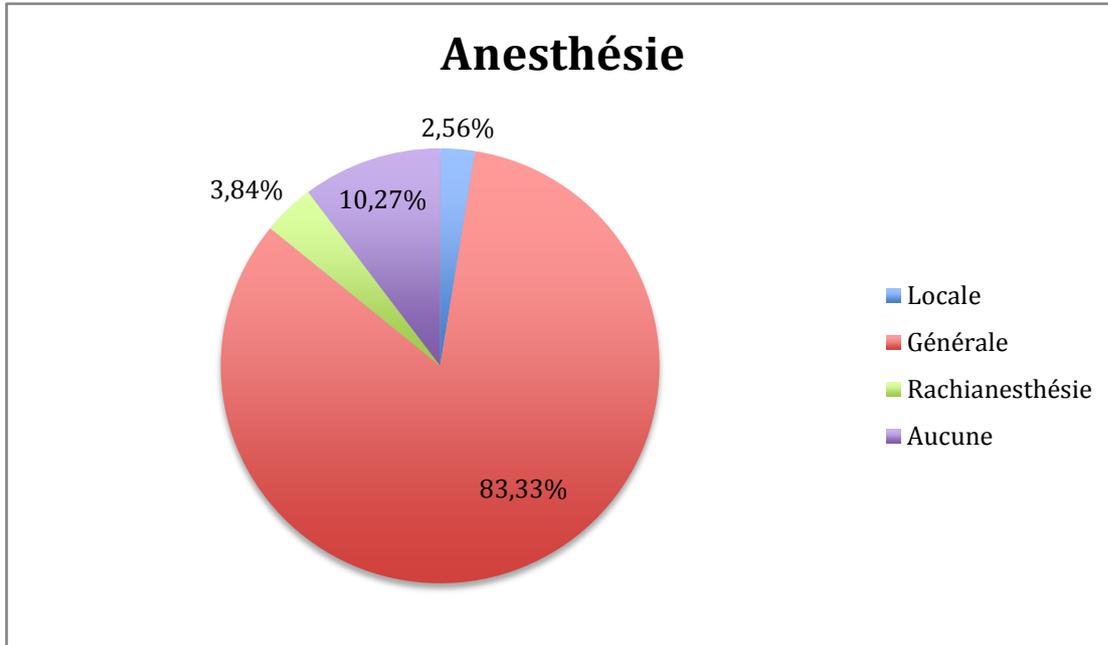


Figure 6.2 : Type d'anesthésie choisie

Le tableau suivant relate les techniques d'extraction utilisées selon le type d'objet :

Classification	Type d'objet	Technique d'extraction
« Sex-Toys »/ objets à connotation érotique	-Boules de Geisha -Godemichets -Sex-Toy autre (plug) -Préservatif	Manuelle + lubrifiant Manuelle avec/ sans dilatation (11), par manœuvres externes (2), laparotomie (3), par laxatifs (2) Manuelle Spontané, Laxatif Spontané
Instruments de toilette	Bombe aérosol (à raser ou autre) avec/ sans capuchon Brosse à dent Etui de brosse à dent Kit de maquillage Tube crème ou produit de beauté	Manuelle avec/ sans dilatation, pinces, manœuvres externes. Manuelle Manuelle Manuelle 3 pinces Kocher Manuelle (3), toucher rectal (1)
Instruments de cuisine et jardinage	Couteau Tube en plastique Tuyau en plastique	Manuelle Toucher rectal (1) Manuelle
Alimentation	Boite métallique Bouteilles Pot de yaourt Pot de moutarde Sac de glaçons Verres de table Verre en terre cuite	Laparotomie+rectotomie+stomie+pinces Forceps (1), manuelle (2), manœuvre abdominale et périnéale, Fragmentation+pinces Kocher Fragmentation Rectoscopie+manuelle Sphinctérotomie+Laparotomie+stomie+manœuvres externes et endo-anales, fragmentation (2), par le patient (1) Fragmentation (1)
Fruits & légumes	Aubergine Carotte Concombre Courgette Pommes Pomme de terre	Hystérolab+manœuvres externes, pince de Museux+fragmentation Extraction au lit+anuscope Manuelle Manuelle Fragmentation+Hystérolabe (2) Manœuvres externes et périnéales
Instruments médical	Thermomètre Tube de produit laxatif	Laxatif Manuelle (1), Laxatif+pince crocodile+anse (1)
Instrument sportif	Balle de ping-pong Ballon de baudruche Balle de tennis Bilboquet Boule de pétanque Boule en plastique	Laxatif Perçage par aiguille + anse Pince de Pozzi Pince-Longue 4 cuillères à soupe + lubrifiants+ écarteurs 2 sondes de Follet + Tire-bouchon orthopédique

Autre	Ampoule électrique	Traction manuelle
	Boite métallique	Laparotomie+rectotomie+stomie et pinces
	Biberon	Dilatation+Hystérolabe
	Capuchons	Speculum vaseliné+pinces Babcock et Kocher (2), 4 pinces Kocher
	Etui à cigare	Endoscopie+anse (1), laparotomie (1)
	Drogues	Laxatifs
	Fils de fer	Manuelle
	Morceau de métal	Pince
	Pot métallique	Manuelle
	Inconnu	Laparotomie+Colotomie+Stomie

Tableau 5.0 : Classification objet/technique d'extraction

Sur les 18 cas de godemichets, dont 4 électriques et 1 de fabrication artisanale, 3 ont nécessité une laparotomie avec pour 2 une colotomie et pour 1 une colectomie. On décompte 6 cas de laparotomie, soit 7,7% des cas et ces 6 cas étaient tous suite à une insertion volontaire de corps étranger.

Les verres ont été extraits dans tous les cas par fragmentation, causant dans 1 cas sur 4 des lésions des muqueuses rectales.

Le graphique suivant exprime le pourcentage de cas ayant eu un suivi psychiatrique pendant ou après hospitalisation.

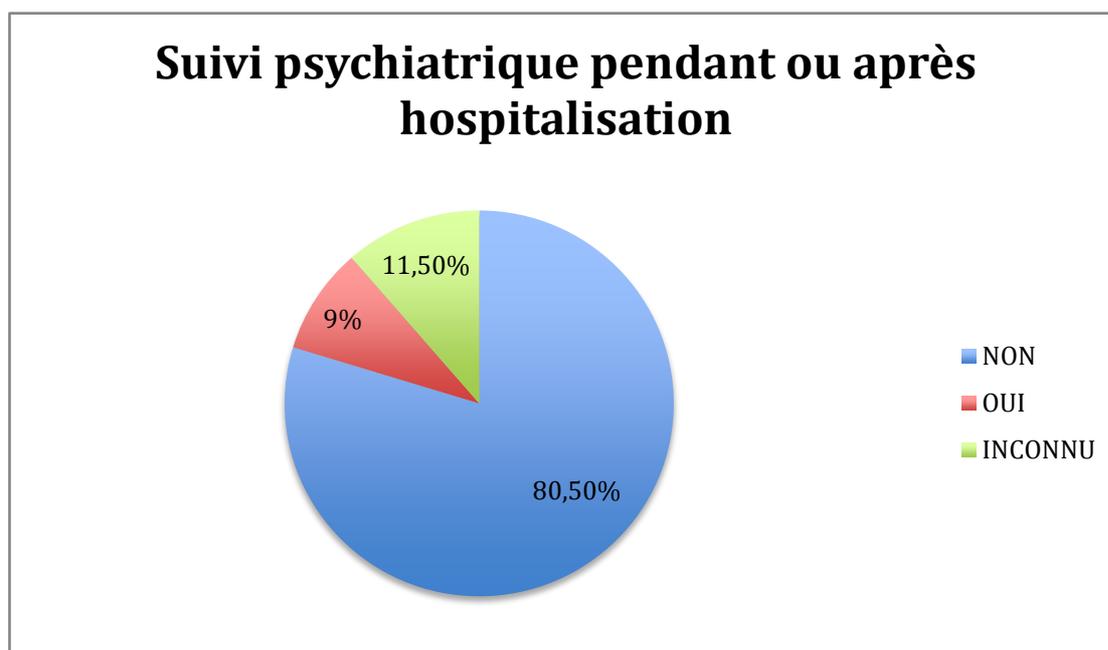


Figure 6.3 : suivi psychiatrique des patients

Il semble exister une tendance croissante du nombre de cas/ an comme le présente le graphique suivant :

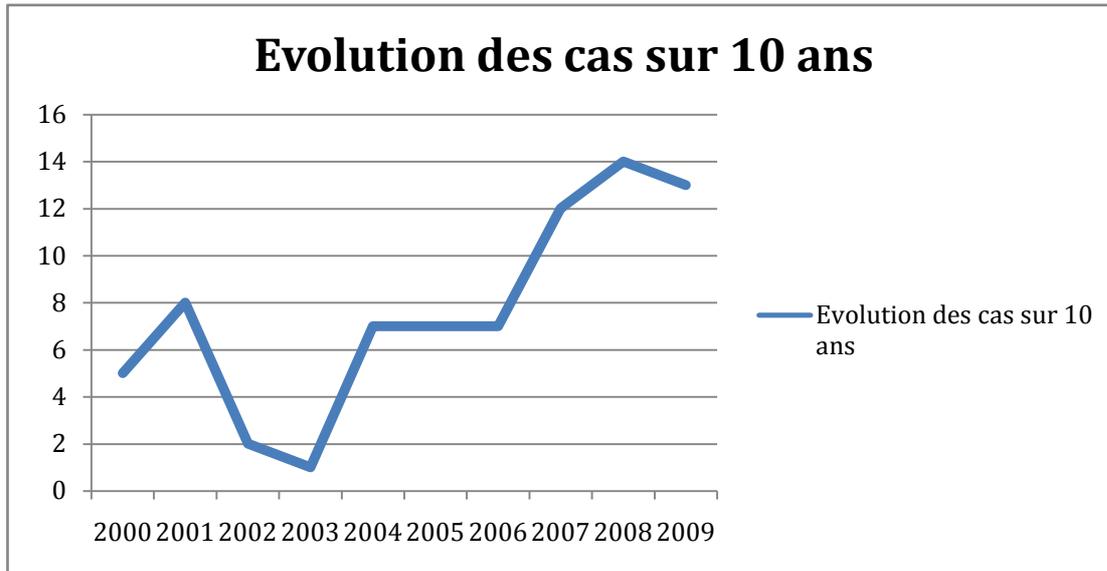


Figure 6.4 : Evolution du nombre de cas sur 10 ans

Des antibiotiques ont été prescrits chez 9 patients, soit dans 11,53% des cas.

Une copie de l'ordonnance de sortie n'a été retrouvée que dans 24 des dossiers, soit dans 30,77% des cas.

Il n'y a de trace dans aucun dossier de conseils par rapport aux pratiques sexuelles.

12DISCUSSION

Après un premier aperçu, il semble que le codage aux urgences est parfois erroné, voire inadéquat. En effet, certains patients sont clôturés avec le codage « Douleur abdominale » par exemple, ce qui rend la recherche plus fastidieuse et porte à croire qu'il n'y a pas nécessairement de notion de corps étranger suspecté par l'urgentiste. Notre étude sous-estime donc le nombre de cas réels.

Il est important de noter que nous avons recherché les patients à partir des dates d'informatisation des 4 centres, soit 2003 pour Dijon, 2007 pour Nancy, 2000 pour Lyon et 2000 également pour Epinal. Le nombre de cas de notre étude à Nancy et à Dijon sur 10 ans ne doit donc pas être considéré comme exact. Cette étude sous-estime le nombre de cas et l'évolution des cas dans le temps n'est donc peut-être pas en si forte croissance comme le laisse présager le tableau 6.4.

Beaucoup de dossiers sont incomplets et la technique de recueil étant rétrospectif, nos chiffres pourraient être loin de la réalité. Nous avons observé une différence dans la saisie des dossiers selon le centre analysé, ce qui rend le travail plus difficile. Les examens cliniques sont toutefois rarement inscrits dans les dossiers, ce qui nous pousse à croire qu'ils ne sont pas réalisés, mais les conditions des urgences rendent parfois difficile cette tâche de laisser traces.

Les patients de notre étude sont majoritairement de sexe masculin, ce qui concorde avec les études antérieures. La répartition de nos patients se fait en cloche et non de manière bimodale avec un pic entre 20-30 ans et un deuxième pic entre 60-70 ans comme certaines études. La moyenne d'âge de nos patients est en effet de 47 ans. Ce pic est-il concordant avec le phénomène de la « crise de la quarantaine » ? Un grand nombre de démences débutent également aux alentours de cette moyenne d'âge.

Les patients sont par ailleurs, majoritairement célibataires ou vivent seul. L'isolement peut donc être considéré comme un facteur de risque, mais des études complémentaires sont nécessaires pour étudier cette hypothèse avec un haut niveau de preuve.

Les patients sont majoritairement caucasiens, ce qui semble logique vu le bassin de population de ces villes. La puissance de cette étude est toutefois insuffisante pour en conclure que les Caucasiens s'introduisent des corps étrangers dans le rectum plus fréquemment que les autres groupes ethniques. De plus, le bassin de population étudié se trouve en France, où la majorité des personnes sont d'ethnie caucasienne.

Les patients sont en majorité inactifs sur le plan professionnel, ce qui laisse croire que le chômage ou la retraite sont des facteurs de risque.

Selon notre observation, la plupart des patients vivent en ville. Pouvons-nous émettre l'hypothèse que vivre en ville est un facteur de risque pour ce genre de pratique ? Est-ce plutôt simplement un biais de recrutement. En effet, nous avons choisi des centres situés en ville. Certains patients consultent peut-être dans des cliniques ou des centres hospitaliers de plus petite taille. Certains patients consultent peut-être leur médecin traitant qui leur prescrit des laxatifs.

La plupart des patients viennent d'eux-mêmes sans faire appel au SAMU ou aux pompiers. Un bon pourcentage consulte d'abord son médecin traitant avant de venir à l'hôpital, ce qui laisse croire que les cas gravissimes restent rares. De plus, ceci laisse une bonne place au médecin de ville dans la prise en charge initiale de ces cas.

Nous n'avons recensé que 2 patients alcoolisés à l'admission, mais qu'en est-il de leur état lors de l'insertion du corps étranger ? La plupart consulte en effet plusieurs heures après l'incident.

Le faible taux de récurrence peut être expliqué par l'humiliation subie lors du premier passage aux urgences, par un apprentissage d'une technique efficace d'auto-extraction ou d'apprentissage de techniques pour éviter une telle complication. Les patients sont peut-être plus prudents dans leurs manœuvres après une première consultation en urgence pour impossibilité d'extraire un corps étranger.

Concernant les antécédents et comorbidités des patients, une certaine proportion a des troubles pouvant induire des dysfonctionnements neurologiques. Près de 5% sont dépressifs et près de 10% ont au moins un antécédent psychiatrique.

Seule une minorité de patients (7) sont considérés comme « poly-médiqués ». Le lien entre la prise de médicaments et la présence de corps étranger intra-rectal ne peut être retenue par cette étude.

Le délai entre l'insertion et la présentation aux urgences n'est pas noté dans 16 dossiers, soit dans plus de 20% des cas, ce qui laisse penser que cette information n'est pas importante pour les médecins prenant en charge ces patients. Pourtant, nous savons qu'après 24 heures, l'extraction laparotomique est conseillée d'emblée.

Le délai de prise en charge après arrivée du patient au service d'accueil des urgences est fortement biaisé dans cette étude, puisqu'il n'y a aucune trace de cette information dans un tiers des cas, soit dans 26 dossiers (33,33%).

Nous n'avons pas retrouvé d'information mentionnant l'orientation sexuelle du patient dans 64,10% des cas.

De plus, la fréquence de ces pratiques sexuelles atypiques et les antécédents pouvant influencer le comportement sexuel ne sont globalement pas notés dans les dossiers. Pouvons-nous en penser que les praticiens ne s'intéressent pas à ces informations ou n'ont pas les connaissances nécessaires pour récupérer les données de base de la prise en charge d'une modification du comportement sexuel ? Ou est-ce seulement une faute de saisie dans le dossier ? Des études supplémentaires prospectives sont donc nécessaires pour répondre à cette question.

La prise en charge de la douleur a une place cruciale dans la prise en charge des corps étranger intra-rectaux puisqu'elle permettra une bonne relaxation ainsi qu'une bonne coopération du patient si l'extraction veut se faire au lit. Les complications immédiates seront également minimisées chez un patient polyopathologique avec des antécédents cardiaques, pulmonaires ou rénaux. D'après notre observation, la prise en charge de la douleur semble adaptée et le délai de prise en charge est rapide pour ces patients.

L'insertion est le plus souvent liée à l'érotisme et les « sex-toys » sont les instruments les plus souvent retrouvés chez nos patients. L'insertion de corps étranger dans le rectum peut toutefois être la conséquence d'un état sénile ou psychiatrique ou être lié à une euphorie passagère lors d'une prise excessive d'alcool ou d'autre substance. L'utilisation d'objets insolites, d'objets que l'on trouve sous la main (fruits et légumes, instruments de toilette) laisse présager que l'acte n'a pas été prémédité mais qu'il s'agit plutôt d'un instant de frénésie. Ces aspects ne sont presque jamais recherchés, comme le montre le fort pourcentage de motif d'insertion inconnu de notre étude. On ne retrouve en effet pas de motif dans 25 dossiers.

De plus, on pourrait se dire que le fait que l'acte soit prémédité ou pas peut jouer sur la réflexion quant à l'étiologie du problème. Cette donnée n'est jamais recherchée.

Les patients consultent majoritairement pour « corps étranger intra-rectal » sans tenter de déguiser les faits, ce qui contraste avec certaines études antérieures menées dans d'autres cultures[6 ; 116 ; 235].

Toutefois, la présomption que l'insertion d'un corps étranger dans le rectum est lié à l'érotisme peut entraîner un retard de diagnostic et entraver une prise en charge correcte d'un patient.

Par exemple, un de nos patients s'est présenté aux urgences pour « agression sexuelle » 5 jours après la date présumée de l'agression (hétéro-insertion d'une bouteille dans le rectum). Aucun suivi psychiatrique n'a été mis en place pour cet homme, selon les informations présentes dans le dossier du patient. Khan et al. (2008) ont cité un cas similaire dans la littérature chez un homme de 30 ans. Les psychiatres en avaient conclu à un syndrome de Münchausen[292].

Certains patients viennent avec comme motif l'insertion d'un corps étranger, mais les recherches restent infructueuses. Cela nous porte à croire que ces personnes sont à la recherche de bénéfices ou plaisirs secondaires ou qu'ils veulent se rassurer de ne pas s'être blessés.

Le délai prolongé avant la consultation aux urgences se comprend du fait que le patient attendra que l'objet s'évacue spontanément avant de consulter. Il utilisera parfois des techniques artisanales pour tenter de retirer l'objet, mais celles-ci sont le plus souvent à l'origine de lésions surajoutées, comme par exemple chez notre patient ayant tenté une extraction par fils métalliques d'un bulbe électrique.

Un examen clinique complet ne semble pas être réalisé dans la plupart des cas. Est-ce du fait que pour l'urgentiste ce problème se résume au rectum ? Peut-on nier les conséquences hémodynamiques de ces traumatismes ? Peut-on oublier l'étiologie possiblement neuro-psychiatrique des manœuvres ? Nous savons toutefois que beaucoup de médecins ne notent pas leur examen clinique dans le dossier. Notre étude sous-estime donc probablement la compétence des urgentistes.

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation de l'anuscope aux urgences, celle-ci semble très modeste. Cela serait potentiellement dû au manque de connaissance technique des urgentistes ou par l'idée que cette pratique est réservée aux chirurgiens spécialistes. L'appréciation du degré d'urgence des lésions ne peut pas être réalisé sans observation de l'importance des lésions muqueuses.

La plupart des cas retrouvés sont hospitalisés pour extraction sous anesthésie générale, alors que la forme des objets et l'absence de complication initiale ainsi que la position de l'objet pourrait donner lieu à une extraction dans le service des urgences avec un suivi rapproché et une reconvoction du patient à H24 pour évaluation. Wigle (1988) suggère que la prise en charge au service des urgences est possible [567] et que plusieurs séries de cas démontrent que ce genre de prise en charge est possible sans plus de complications [510]. La méconnaissance proctologique des urgentistes serait donc une des explications potentielles au haut pourcentage d'hospitalisation chez nos patients.

Par ailleurs, les cas chirurgicaux graves sont rares. Des rectorragies et des douleurs accompagnent souvent le tableau. D'après nos dossiers, les patients reconsultent rarement en service de chirurgie pour les conséquences de ces épisodes d'empalement de corps étranger dans le rectum. En effet, 8 patients au total ont dû être réhospitalisés pour une intervention chirurgicale, notamment pour les clôtures de

stomies et parfois pour des abcès ou des infections de paroi. Toutefois, nous ne pouvons affirmer qu'il n'y a pas de complications au long cours chez ces patients, puisqu'ils peuvent très bien consulter dans un autre hôpital, un autre service ou simplement être pris en charge par leur médecin traitant.

Concernant les techniques d'extraction, nos dossiers ne montrent pas beaucoup d'ingéniosité. En effet, les objets sont simplement retirés par pince dans la majorité des cas ou manuellement. La laparoscopie n'est jamais citée, les techniques de lacesaux endoscopiques sont rarement investies, les laxatifs sont donnés à profusion et les verres sont fragmentés.

Un parcours idéal du patient ne semble pas exister pour nos patients. Il ne semble pas y avoir de protocole et chacun semble faire comme il le sent. Le très fort taux d'hospitalisation montre bien qu'aucun effort n'est mis pour régler le problème aux urgences et que le traitement est plutôt pris d'emblée comme chirurgical. Les patients sont pris en charge au cas par cas. La simple radiographie d'abdomen de face n'est pas réalisée systématiquement. Nous n'avons pas évalué le pourcentage de cas où une radiographie de profil a été réalisée. La rectosigmoïdoscopie de contrôle n'est que pas assez de routine. Le simple toucher rectal est à peine un examen considéré comme nécessaire et parfois même vu comme dangereux. Ce geste n'est en effet pas fait systématiquement devant un tableau de douleur abdominal, de suspicion d'insertion de corps étranger ou de rectorragies. Le médecin n'effectue pas cet examen car il le trouve parfois lourd, prenant ou sans importance [451]. Les médecins trouvent que cet examen ne sert à rien dans 92% des cas de l'étude de Quaas et al. (2008) et autant de médecins croient que cet examen peut nuire qu'aider. Le médecin laisse parfois cet examen au spécialiste pour éviter de répéter les touchers. Dans un des dossiers de Lyon, il est écrit que le senior a refusé que l'étudiant pratique un toucher devant un tableau de corps étranger intra-rectal (godemichet) par peur de perforation. Parfois, le praticien considère le bilan d'imagerie comme suffisant au diagnostic et ne pratique pas de toucher rectal. L'importance de l'évaluation des complications immédiates liées au corps étranger serait donc mal connue. Le toucher rectal reste un examen simple nécessaire, sinon indispensable pour la décision thérapeutique de l'urgentiste, car nécessaire à l'évaluation du degré d'urgence.

Un avis psychiatrique n'est que rarement proposé d'après l'absence de notes dans les dossiers cliniques tout autant du côté médical que paramédical. Il nous a été impossible de relever le pourcentage de refus des patients de l'avis psychiatrique. Nous n'avons relevé aucune trace de preuve de conseils pratiques donnés aux patients. De plus, rien ne peut prouver qu'une information claire a été donnée aux patients concernant les risques de la pratique de ce genre de manœuvres à but érotique. Aucune preuve n'est donnée de l'information sur les suites, et ce, dans aucun des 78 dossiers. De plus, dans les rares cas où on a pris note qu'il s'agit d'un homme d'orientation homosexuelle, aucune information sur le risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles n'est notée dans le dossier.

Très peu de fois est relevé l'orientation sexuelle du patient et seulement dans un dossier n'est citée la fréquence des manipulations par le patient. Ces manquements d'anamnèse sont possiblement le fruit de l'inconfort du médecin de discuter du sujet. Le point de vue du médecin est le fruit de stéréotypes et de préjugés. Cette attitude peut interférer avec la capacité du médecin à interroger correctement son patient et à retirer une histoire détaillée et véridique. Il peut ainsi retarder le diagnostic, faire trainer la prise en charge.

Si le médecin se sent inconfortable avec ce genre de sujet, il ne devra pas hésiter à passer la main à un médecin plus compétent en la matière [421].

Il doit aussi être clair, à la fin de l'interrogatoire, si l'objet a été inséré de façon volontaire ou non. Le viol entraîne une prise en charge médico-légale différente de la simple auto-stimulation érotique. De plus, le bon sens doit prévaloir aux dires du patient. Un godemichet n'est pas utilisé pour vaincre une constipation opiniâtre...

Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients se présentant avec un corps étranger intra-rectal, nous proposons plusieurs organigrammes actualisés en annexe de l'étude pour aider les médecins dans leur choix d'investigation et d'extraction. En effet, d'après cette étude, les techniques d'extraction ne sont parfois pas adaptées. Le phénomène de succion du rectum n'est pas toujours pris en compte pour les objets creux, les verres sont fragmentés et risquent de léser la muqueuse rectale, les techniques endoscopiques ne sont que rarement exploitées, la laparoscopie n'est jamais citée.

Dans un objectif d'unification de la prise en charge sur le territoire, nous proposons l'instauration d'un site web informatif (www.ceir.fr) pour patients et médecins sur toutes les pratiques et complications par introduction d'objet par voie rectale. Ce site servira également de passerelle pour récupérer de façon prospective les données des différents centres sur le territoire français dans le but d'analyser de manière plus précise et fiable la prise en charge de ces patients.

CONCLUSION

La réalisation d'un tel geste, celui de s'introduire un corps étranger dans le rectum, est-il un symptôme d'une pathologie méconnue ou le seul fait d'une perversion sexuelle extériorisée après de nombreuses années de refoulement? Ce comportement doit-il être exploré au-delà du versant chirurgical? Ce comportement est-il pratiqué pendant des années pour aboutir à une complication par inadvertance?

Plusieurs hypothèses sont possibles et chaque patient doit être traité comme un cas unique. Son environnement, ses antécédents, ses comportements antérieurs doivent être examinés pour évaluer le présent.

L'injection d'un objet tranchant ou à risque de blessure est-il une métaphore d'un geste d'auto-mutilation?

Quel est l'impact de la pluri-médication dans les troubles du comportement sexuel?

Plusieurs questions restent sans réponses précises et dépendent du simple jugement du praticien. Un cas de corps étranger intra-rectal ne peut pas être extrapolé à un cas ultérieur. Chaque histoire a ses propres particularités et doit être examinée comme tel, sans tomber dans les préjugés, les préconceptions et les conclusions anti-scientifiques.

L'homme avec son rapport à l'anus est un phénomène complexe qui relie plusieurs étapes du développement psychique de l'enfant par rapport à sa compréhension et à la maîtrise de la sexualité. L'orifice anal, le rectum était le logis d'un cloaque bon, lentement ou rapidement évacué pour devenir déchet. Métaphoriquement mais aussi conceptuellement à un certain âge, le rectum est l'endroit par lequel le bébé sort. Le rectum est l'image de l'utérus pour l'enfant, être qui n'a pas nécessairement notion du fonctionnement biologique reproducteur. Et même s'il en a connaissance, il peut très bien refuser la réalité du mécanisme physiologique. Le rectum reste donc figé comme le premier abri du bébé. Pour infanter, il faut donc implanter quelque chose dans le rectum via l'anus.

Les objets insérés reproduisent-ils cette scène primaire de fécondation ? La bouteille a la forme d'un phallus. Métaphoriquement, elle est vide. Le père est-il alors inconsciemment considéré comme inutile, vide de sens ? Elle est insérée et se retrouve coincée tout comme le bébé qu'on aurait implanté. S'en suit une phase de douleurs abdominales qui reproduisent les symptômes maternels. Ce corps étranger intra-rectal a-t-il le rôle de représenter l'auto-fécondation ? Pour reprendre les mots de Kaufmann, les patients ne trouvent pas d'autre moyen d'apaiser leur rage que par des tentatives d'auto-engendrement... [287].

Qu'en est-il des objets à d'autres formes comme les boules ou les balles ? Elles aussi sont insérées dans l'orifice dans un même objectif ? Reproduire la scène de fécondation, permettre à l'homme de montrer qu'il est le seul sexe existant et qu'il peut auto-engendrer. La boule représente à nouveau le fœtus. Le patient s'étant inséré un cindre tentait-il inconsciemment de « dessiner » un enfant avant de l'insérer ?

Le psychologique se mêle au somatique et nous présente des symptômes sous la forme d'un épisode dans la vie d'un individu. Quelle est la part génétique de prédisposition ? Quelle est la part environnementale ? Quelle est la part développementale ? Quelle est la part iatrogène ? Rectum, zone restée tabou pendant des années, devient un jour le berceau du plaisir et de la jouissance. Symptôme d'une lésion frontale ou simple libération des mœurs tant réprimées ? Homosexualité réprimée soudainement qui fait surface, captation du pénis paternel finalement libérée ? Ou traumatisme crânien faisant son chemin à bas bruit et nous présentant le cas comme un muet dans une foule ?

Quoiqu'il en soit, il faudra toujours garder à l'esprit que tout changement de comportement, toute nouvelle attitude, toute anomalie par rapport à un ordre pré-établi doit être considérée comme un symptôme. Il faudra séparer les individus pratiquant ces actes dans le quotidien et les individus qui subitement ont changé de pratiques. Il restera aux spécialistes de chaque domaine d'investiguer ce qu'ils pensent pouvoir rattacher à une pathologie. Il ne faudra surtout pas oublier que ces gens ne sont peut-être pas ce que nos esprits projettent au premier abord et qu'avec respect des mœurs et de l'humanité, il faudra rechercher ce que les autres ne voient pas et toujours se rappeler que « To be human is to be sexual » [571].

REFERENCES

1. ABBERLY, P. The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap & Society*, 1987, 2(1) : 5-19.
2. AGARWAL, P. Long-Standing Retained Foreign Body in the Rectum. *The Internet Journal of Surgery*, 2009, 18(2) : 1-5.
3. AGNEW, J. Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *Journal of Homosexuality*, 1985, 12(1) : 75-96.
4. AHMED, A., & CUMMINGS, SA. Novel endoscopic approach for removal of a rectal foreign body. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1999, 50(6) : 872-874.
5. AHMED, T., HUSSAIN, MM., AL-AZAD, S. A 40 year old man with acute abdomen. *Mymensingh Medical Journal*, 2010, 19(3) : 447-451.
6. AKHTAR, MA., ARORA, PK. Case of Unusual Foreign Body in the Rectum. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 2009, 15(2) : 131-132.
7. ALAGIAKRISHNAN, K., LIM, D., BRAHIM, A., WONG, A., WOOD, A., SENTHILSELVAN, A., CHIMICH, WT., KAGAN, L. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 2005, 81 :463-466.
8. ALEXANDER, C., SPISKI, M., & FINDLEY, T. Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior*, 1993, 22 : 217-228.
9. AMORE, M., TAGARIELLO, P., LATERZA, C., SAVOIA, EM. Subtypes of depression in dementia. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 2007. 44(suppl. 1) : 23-33.
10. ANAUT, M. Les addictions. In: FERNANDEZ, L. (éd). *Les addictions du Sujet âgé*. Paris, 2009, p. 158. ISBN : 9782848351773.
11. ANDERSSON, G., NOACK, T., SEIERSTAD, A., & WEEDON-FEKJAER, H. The demographics of same-sex marriages in Norway and Sweden. *Demography*, 2006, 43 : 79-98.
12. ANDRAB, SI., JOHNSON, NA., MALIK AH., AHMED, M. Extraction of a rectal foreign body – an alternative method. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2009, 15(4) : 403-405.
13. ANDRE, J., DREYFUS-ASSEO, S., BALDACCI, JL, et al. *La sexualité infantile de la psychanalyse*. Ed. Paris : PUF, 2007. 145 p. ISBN : 978-2130560098.
14. ANNONI, JM., GRAMIGNA, S., BOGOUSLAVSKY, J. Troubles du comportement d'origine neurologique. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 2002, 153 : 354-360.
15. ANONYME. *Les Caquets de l'accouchée*. Ed. US : University of Michigan Library, 2009. 356 p. ASIN : B002N8BWWC.
16. ANSON, J.A., & KUHLMAN, DT. Postictal Klüver-Bucy syndrome after temporal lobectomy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1993, 56 :311-313.
17. AQUINO, MM., & TURNER, JW. A simple Technique for Removing an Impacted Aerosol-can Cap from the Rectum. *Disease of Colon & Rectum*, 1986, 29 : 675.
18. ARAGON, T.J., VUGIO, DJ., SHALLOW, S., SAMUEL, MC., REINGOLD, A., ANGULO, FJ., & BRADFORD, WZ. Case-control study of shigellosis in San Francisco : The role of sexual transmission and HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, 44 : 327-334.
19. ARIEFF, AJ., ROTMAN, DB. 100 cases of indecent exposure. *Journal of Mental Disease*, 1942, 96 : 423-528.

20. ARORA, S., ASHRAFIAN, H., SMOCK, ED., NG, P. Total laparoscopic repair of sigmoid foreign body perforation. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 2009, 19(3) : 401-403.
21. ATANASIJEVIC, T., JOVANOVIC, AA., NIKOLIC, S., POPOVIC, V., JASOVIC-GASIC, M. Accidental death due to complete autoerotic asphyxia associated with transvestic fetishism and anal self-stimulation – case report. *Psychiatry Danub*, 2009, 21(2) : 246-251.
22. ATWOOD, JD., & GAGNON, J. Masturbatory behavior in college youth. *Journal of Sex Education and Therapy*, 1987, 13 : 35-42.
23. AULAGNIER-SPAIRANI, P., CLAVREUL, J., PERRIER, F., ROSOLATO, G., VALABREGA, JP. *Le désir et la perversion*. Ed. Paris : Du Seuil. 206 p. ISBN : 2-02-005773-5.
24. BACH, J. & BARDACH, J. Sexual function in people with disability and chronic illness : A health Professional's guide. In BACH, J. *Management of patients with neuromuscular disease*, Ed. Michigan : Hanley & Belfus, 2004. pp. 247-258.
25. BAILEY, H., & LOVE, J. *Removal of impacted rectal foreign body with obstetric forceps. A Short Textbook of Surgery*. 16th Ed. London : A J H Rains and H D Ritchie, 1981, 1013 p. ISBN : 07-1860457-1.
26. BAIRD, AD., WILSON, SJ., BLADIN, PB., [et al.]. Hypersexuality after temporal lobe resection. *Epilepsy & Behaviour*, 2002, 3 : 173-181.
27. BAIRD, AD., WILSON, SJ., BLADIN, PB., [et al.]. Sexual outcome after epilepsy surgery. *Epilepsy & Behaviour*, 2003, 4 : 268-278.
28. BAIRD, AD., WILSON, SJ., BLADIN, PB., [et al.]. The amygdala and sexual drive: Insights from temporal lobe resection in intractable epilepsy. *Annals of Neurology*, 2004, 55:87-96.
29. BAIRD, AD., WILSON, SJ., BLADIN, PB., [et al.]. Neurological control of human sexual behaviour : insights from lesion studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2007, 78 : 1042-1049.
30. BAKALEINIK, M. Foreign bodies of the gastrointestinal tract, surgical considerations. *Military Medicine*, 1989, 154 : 11-14.
31. BALIER, C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. 3^{ème} Ed. Paris : PUF, 1996. 254 p. ISBN : 9-782130-478683.
32. BALL, CG., WYRZYKOWSKI, AD., SULLIVAN, P., FELICIANO, DV. Intussuscepted intestine through a rectal foreign body. *Canadian Journal of Surgery*, 2009. 52(5): E191-192.
33. BALSAM, KF., BEAUCHAINE, TP., ROTHBLUM, ED., & SOLOMON, SE. Three-year follow-up of same-sex couples who had civil unions in Vermont, same-sex couples not in civil unions, and heterosexual married couples. *Developmental Psychology*, 2008, 44 : 102-116.
34. BANCAUD, J., FAVEL, P., BONIS, A., [et al.]. Manifestations sexuelles paroxystiques et épilepsie temporelle. *Revue Neurologique*, 1970, 123 : 217-230.
35. BANCROFT, J., JANSSEN, E., STRONG, D., VUKADINOVIC, Z. The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32(3) : 231-242.
36. BANCROFT, J., JANSSEN, E., STRONG, D., CARNES, L., VUKADINOVIC, Z., LONG, JS. The Relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32(6) : 555-572.
37. BARBACH, L. Sexuality through menopause and beyond. *Menopause Management*, 1996, 5 : 18-21.
38. BARNES, C. Disability and the myth. Of the independent researcher. In : L. BARTON, L., & OLIVER, M., (Eds.). *Disability Studies : Past Present and Future*. Leeds : The Disability Press, 1997. pp. 250-260.
39. BARONE, JE., SOHN, N., NEALON, TF. Jr. Perforations and foreign bodies of the rectum : report of 28 cases. *Annals of Surgery*, 1976, 184(5) : 601-604.

40. BARONE, JE., YEE, J., NEALON, TF. Jr. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 1983, 156(4) : 453-457.
41. BATES, JAE. Stimulation of the medial surface of the human cerebral hemisphere after hemispherectomy. *Brain*, 1953, 76:405-447.
42. BATHO, G., SZANTO, L. Foreign bodies in the rectum at our department during the last ten years. *Magy*, 2000, 53(4) : 180-182.
43. BATTAL, B., KOCAOGLU, M., ORS, F. Obstructive rectal intramural hematoma caused by a foreign body. *Emergency Radiology*, 2009, 16 : 75-77.
44. BAUER, HG. Endocrine and metabolic conditions related to pathology in the hypothalamus: a review. *Journal of Nervous Mental Disease*, 1959, 128:323-337.
45. BEERMAN, R., NUNEZ, D. Jr., WETLI, CV. Radiographic evaluation of the cocaine smuggler. *Gastrointestinal Radiology*, 1986, 11: 351-354.
46. BELL, AP., & WEINBERG, MS. *Homosexualities : A Study of Diversity Among Men & Women*. Ed. NY : Touchstone, 1979. 505 p. ISBN : 978-0671251505.
47. BENJAMIN, HB., KLAMECKI, B., HAFT, JS. Removal of exotic foreign objects from the abdominal orifices. *American Journal of Proctology*, 1969, 20: 413-417.
48. BERCI, G., & MORGENSTERN, L. An operative proctoscope for foreign-body extraction. *Disease of Colon & Rectum*, 1983, 26:193-194.
49. BERGERET, J., BOKANOWSKI, T., BOURDELLON, G., CANZLER, P., [et al.]. *L'érotisme narcissique : Homosexualité et homoérotisme*. Paris : Dunod, 1999. 340 p. ISBN : 2-10-004125-8.
50. BERGERET, J. [et al.]. *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. 10^{ème} éd. Paris : Masson, 2008, 370 p. ISBN : 978-2-294-70174-0.
51. BERGHOFF, KR., & FRANKLIN, ME Jr. Laparoscopic-assisted rectal foreign body removal : report of a case. *Disease of Colon & Rectum*, 2005, 48(10) : 1975-1977.
52. BERK, RN, & REIT, RJ. Intra-abdominal chicken bone abscesses. *Radiology*, 1971. 101 : 311-313.
53. BERLIN, FS., COYLE, GS. Sexual deviation syndromes. *Journal Hopkins Medical Journal*, 1981, 149 : 119-125.
54. BERRIDGE, KC., & KRINGELBACH, ML. *Pleasures of the brain*, Ed. USA : Oxford University Press, 2009. 352 p. ISBN : 978-0195331028.
55. BIEBER, I. *Homosexuality : A Psychoanalytic Study*. 1st Ed. USA : Jason Aronson, 1962. 358 p. ISBN : 978-0876680899.
56. BILLI, P., BASSI, M., FERRARA, F., BISCARDI, A., VILLANI, S., BALDONI, F., D'IMPERIO, N. Endoscopic removal of a large rectal foreign body using a large balloon dilator : report of a case and description of the technique. *Endoscopy*, 2010, 42(2) : E228.
57. BIRIUKOV, IuV., VOLKOV, OV., AN, VK., BORISOV, Elu., DODINA, AN. Treatment of patients with foreign bodies in rectum. *Khirurgiia (Moscow)*, 2000, 1(7) : 41-43.
58. BLACK, DW., KEHRBERG, LLD., FLUMERFELT, DL., & SCHLOSSER, SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154 : 243-249.
59. BLADIN, PF. Psychosocial difficulties and outcome after temporal lobectomy. *Epilepsia*, 1992, 33 : 898-907.

60. BLAICHER, W., GRUBER, D., BIEGLMAYER, C., BLAICHER, AM., KNOGLER, W., HUBER, JC. The role of oxytocin in relation to female sexual arousal. *Gynecology & Obstetrics Investigation Journal*, 1999, 47 : 125-126.
61. BLAIR, C., LANYON, RI. Exhibitionism : Etiology and Treatment. *Psychology Bulletin*, 1981, 89 : 439-463.
62. BLUMER, D., WAKHLU, S., DAVIES, K., HERMANN, B. Psychiatric Outcome of Temporal Lobectomy for Epilepsy : Incidence and Treatment of Psychiatric Complications. *Epilepsia*, 1998, 39(5) : 478-486.
63. BLUMER, D., WALKER, AE. Sexual behaviour in temporal lobe epilepsy : A study of the effects of temporal lobectomy on sexual behaviour. *Archives of Neurology*, 1967, 16 : 37-43.
64. BLUMER, D. Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *American Journal of Psychiatry*, 1970, 126 : 1099-1106.
65. BOKANOWSKI, T. Destins du féminin chez l'homme (Quelques propositions à partir du Rapport de Monique et de Jean Cournut), Intervention au 52ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française des Pays Romains, *Revue française de Psychanalyse*, 57., N° Spécial Congrès, 1993. p. 1585-1597.
66. BOKANOWSKI, T. A propos de la perversion et de l'emprise : le fétichisme. *Revue française de psychanalyse*, 1992, 56 : 1707-1714.
67. BOLDRINI, P., BASAGLIA, N., CALANCA, MC. Sexual changes in hemiparetic patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1991, 72 : 202-207.
68. BOOKER, RJ., SMITH, JE., RODGER, MP. Packers, pushers and stuffers – managing patients with concealed drugs in UK emergency departments : a clinical and medicolegal review. *Emergency Medical Journal*, 2009, 26 : 316-320.
69. BOULZE, T. Addiction et crise identitaire des seniors. In : FERNANDEZ, L. [et al.] (éds). *Les Addictions du Sujet âgé*. Ed. Paris: In Press, 2009. p. 83 ISBN: 978-2-84835-177-3.
70. BOURGOIN, S. *Le livre noir des Serial Killers*. Ed. France : Grasset et Fasquelle, 2004. 769 p. ISBN : 978-2-7578-1681-3.
71. BOYSE, TD., FESSELL, DP., JACOBSON, JA., LIN, J., HOLSBEECK VAN MT., HAYES, CW. US of Soft-Tissue Foreign Bodies and Associated Complications with Surgical Correlation. *Radiographics*, 2001, 21 : 1251-1256.
72. BOZARTH, MA. Pleasure systems in the brain. In : WARTBURTON, DM. *Pleasure : The politics and the reality*. Ed. New York : Wiley & Sons, 1994. 180 p. ISBN : 978-0471942290.
73. BRAUN, CM., DUMONT, M., DUVAL, J., HAMEL, I., & GODBOUT, L. Opposed left and right brain hemisphere contributions to sexual drive : a multiple lesion case analysis. *Behavioural Neurology*, 2003. 14(1-2) : 55-61.
74. BRECHER, E. *Love, sex, and aging : A consumers Union Report*. 1st Ed. USA : TBS : The Book Service. 441 p. ISBN : 978-0316107181.
75. BRENOT, P. *Eloge à la masturbation*. Ed. France : Zulma, 1997. 125 p. ISBN : 9-782843-040009.
76. BRENOT, P. Les médecins français et la masturbation avant 1945. *Sexologies*, 2007, 16(3) : 212-218.
77. BRETSCHEIDER, JG., MCCOY, NL. Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 year olds. *Archives of Sexual Behaviour*, 1988, 17 : 109-129.
78. BRIKEN, P., HABERMANN, N., BERNER, W., & HILL, A. Diagnosis and treatment of sexual addiction : A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2007, 14 : 131-143.

79. BRITTON, KR. Medroxyprogesterone in the treatment of aggressive hypersexual behavior in traumatic brain injury. *Brain Injury*, 1998, 12 : 703-707.
80. BRUEN, PD., MCGEOWN, WJ., SHANKS, MF., VENNERI, A. Neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Brain*, 2008, 131 : 2455-2463.
81. BRÜNE, M., SCHRÖDER, SG. Erotomania variants in dementia. *Journal of Geriatrics, Psychiatry & Neurology*, 2003, 16 : 232-234.
82. BUFFAT, J. Hommes et Femmes, Homme ou Femme ? Revue de la littérature sur le thème du transsexualisme. *Revue de Littérature sur le Transsexualisme*, 2001, pp. 1-14
83. BULSTRODE, N., BLANKS, F., SHROTRIA, S. The outcome of drug smuggling by body packer : British experience. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2002, 84 : 35-38.
84. BURNS, A., JACOBY, R., & LEVY, R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV : disorders of behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157 : 86-94.
85. BUSCH, DB., STARLING, JR. Rectal foreign bodies: case reports and a comprehensive review of the world's literature. *Surgery*, 1986, 100:512-519.
86. BUSH, RA JR., OWEN, WF Jr. Trauma and other noninfectious problems in homosexual men. *Medical Clinics of North America*, 1986, 70 :549-566.
87. BUTTERS, AG. An unusual rectal injury. *British Medical Journal*, 1955, 4939 : 602-603.
88. BUZZARD, AJ., & WAXMAN, BP. A long standing, much travelled rectal foreign body. *Medical Journal of Australia*, 1979, 1(13) : 600.
89. BYARD, RW., EITZEN, DA., JAMES, R. Unusual fatal mechanisms in nonasphyxial autoerotic death. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*, 2000, 21(1) : 65-68.
90. ÇALISKAN, C., KARACA, C., AKGÜN, E., & KORKUT, M. A New Extraction Technique for Rectal Foreign Bodies with a Rubber Band Ligation Device. *Surgery Today*, 2010.40 :583-585.
91. CARMODY, M. Invisible victims : sexual assault of people with an intellectual disability. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 1991, 17(2) : 229-236.
92. CARNES, P. *Out of the shadows : Understanding sexual addiction*. 3rd Ed. USA : Hazelden, 2001. 240 p. ISBN : 978-1568386218.
93. CARNES, P., & DELMONICO, D. Childhood abuse and multiple addictions : Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1996, 3 : 258-268.
94. CARNES, PJ., & WILSON, M. The sexual addiction assessment process. In CARNES, P.J., & Adams, K.M. (Eds.), *Clinical management of sex addiction*. New York : Brunner-Routledge, 2002. pp. 3-20
95. CARRY, EJ. Removal of a Foreign Body in the Rectosigmoid Using a Tonsil Snare. *Archives of Surgery*, 1958, 76 :465.
96. CARTER, R., ALDRIDGE, S., PAGE, M., PARKER, S. *Le grand Larousse du Cerveau*. Ed. Paris : Larousse, 2010. ISBN : 978-2-03-584945-8.
97. CARTON, S. Affects et émotions. In : FERNANDEZ, L. [et al.] (éds). *Les Addictions du Sujet âgé*. Paris: In Press, 2009. p. 193. ISBN: 978-2-84835-177-3.
98. CARUANA, DS., WEINBACH, B., GEORG, D., GARDNER, LB. Cocaine packet ingestion. *Annals of Internal Medicine*, 1984, 100 : 73-74.
99. CHAPPIUS, CW., FRY, DJ., DIETZEN, CD., PANETTA, TP., BUECHTER, KJ., COHN, I. Management of penetrating colon injuries. A prospective randomized trial. *Annals of Surgery*, 1991, 213 : 492-497.

100. CHAR, R. *Fureur et mystère et autres recueils*. Ed. Paris : Hatier, 79 p. ISBN : 978-2218734038.
101. CHARAZAC, P. *Comprendre la crise de la vieillesse*. Ed. Paris: Dunod, 2006. 184 p. ISBN: 978-2100509485.
102. CHATELAIN, D., BREVET, M., MANAOUIL, D., YZET, T., REGIMBEAU, JM., SEVESTRE, H. Rectal Stenosis caused by foreign body réaction to sodium polystyrene sulfonate crystals (Kayexalate). *Annals of Diagnostic pathology*, 2007, 11 :217-219.
103. CHAZAUD, J. *Les perversions sexuelles : Introduction à leur approche psychanalytique*. Ed. Toulouse : Privat, 1973. 174 p.
104. CHEN, YM., DAVIS, M., OTT, DJ. Traumatic rectal hematoma following anal rape. *Annals of Emergency Medicine*, 1986, 15 : 850-852.
105. CHEUNG, YUE-SUN, WILSON, JW., TAM TL., CHAN, MCK., LAI, PBS. Retrieval of rectal foreign bodies : A difficult case. *Surgical Practice*, 2006, 11 : 162-164.
106. CHIU, WK., HSIAO, CW., KANG,JC., FENG, JJ., CHAO, PC., JAO, SW. Intrapelvic migration with long-term retention of a rectal thermometer : a case report. *Clinical Pediatrics (Philadelphia)*, 2007, 46(7) : 636-638.
107. CHRISTIANSON, SA., SILFVENIUS, H., SAISA, J., [et al.]. Life satisfaction and sexuality in patients operated for epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1995, 92 : 1-6.
108. CIROCCO, WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2000,52 : 452-453.
109. CLARK, SK., KARANJIA, ND. A cork in a bottle – a simple technique for removal of a rectal foreign body. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2003,85 : 282.
110. CLARKE, DL., BUCCIMAZZA, I., ANDERSON, FA., THOMSON, SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Disease*, 2005,7(1) : 98-103.
111. CLEARY, RK., POMERANTZ, RA., LAMPMAN, RM. Colon and Rectal Injuries, *Diseases of the Colon and Rectum*, 2006, 49(8) :1203-1222.
112. COCHRAN, SD., KEENAN, C., SCHOBER, C., & MAYS, VM. Estimates of alcohol use and linal treatment needs among homosexually active men and women in the U.S. population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68(6) : 1062-1071.
113. COCHRAN, SD., SULLIVAN, JG., & MAYS, VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71(1) : 53-61.
114. COCHRAN, SD., ACKERMAN, D., MAYS, VM., & ROSS, MW. Prevalence of non-medical drug use and dependance among homosexually active men and women in the U.S. population. *Addiction*, 2004, 99 : 989-998.
115. COGEN, PH., ANTUNES, JL., CORRELL, JW. Reproductive function in temporal lobe epilepsy : The effect of temporal lobectomy. *Surgical Neurology*, 1979,12 : 243-246.
116. COHEN, JS., & SACKIER, JM. Management of colorectal foreign bodies. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 1996, 41(5) : 312-315.
117. COHEN-KETTENIS, PT., GOOREN, LJG. Transsexualism : A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 46(4) : 315-333.
118. COMINGS, DE., COMINGS, BG. A case of familial exhibitionism in Tourette's syndrome successfully treated with haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139 :913.

119. CONSTANTINO, GN., MUKALIAN, GG. Laparoscopic reversal of Hartmann procedure. *Journal of Laparoendoscopic Surgery*, 1994, 4 : 429-433.
120. COPELAND, WE., SHANAHAN, L., COSTELLO, EJ., ANGOLD, A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of Young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2009. 66(7) : 764-772.
121. COUCH, CH., TAN, EGC., & WATT, AG. Rectal foreign bodies. *Medical Journal of Australia*, 1986, 144 : 512-515.
122. COULSON, CJ., BRAMMER, RD., STONELAKE, PS. Extraction of a rectal foreign body using an electromagnet. *International Journal of Colorectal Disease*, 2005, 20 : 194-195.
123. COURNOT, J. *Psychanalyse et sexualité*, Ed. Paris : Dunod, 1996. 162 p. ISBN : 978-2100028993.
124. CRASS, RA., TRANBAUGH, RF., KUDSK, KA., TRUNKEY MD. Colorectal foreign bodies and perforation. *American Journal of Surgery*, 1981, 142(1) : 85-88.
125. CRAUS, Y., COHEN, D. L'enfant déprimé. *La Revue du Praticien*, 2011, 25(857) : 187-189.
126. CREPAULT, C. *La sexo-analyse*, Ed. Paris : Payot, 1997. 416 p. ISBN : 978-2228-90254-0.
127. CREPAULT, C. *Les fantasmes : l'érotisme et la sexualité*. Ed. Paris : Odile Jacob, 2007. 241 p. ISBN : 978-2-7381-1929-2.
128. CUMMINGS, JL. Sexual behavior. In : CUMMINGS, J., *Clinical Neuropsychiatry*. Ed. New York : Grune and Stratton, 1985. pp. 242-246.
129. CURRIER, RD., LITTLE, SC., SUESS, JF., [et al.]. Sexual seizures. *Archives of Neurology*, 1971, 25:260-264.
130. DAFFNER, RH. Contrast enema for rectal foreign body. *American Journal of Proctology*, 1976. 27(5) : 39-41.
131. DAVID, MI. *Foreign bodies in rectum and colon after anal masturbation*[en ligne]. Article. 2009.[consulté le 06 septembre 2010]<http://yqyq.net/69067-Inorodnye_tela_pryamoj_i_tolstoij_kishki_posle_anal_noiy_masturbacii.html>.
132. DAVIES, BM., MORGENSTERN, FS. A case of cysticercosis, temporal lobe epilepsy and transvestism. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1960, 23:247-249.
133. DAVIES, DH. A chicken bone in the rectum. *Archives of Emergency Medicine*, 1991, 8: 62-64.
134. DAVIS, LA. People with Cognitive, Intellectual and Developmental Disabilities & Sexual Offenses. *The Arc of the United States*[en ligne]. Review. 2009. [consulté le 07 septembre 2010].<<http://www.thearc.org/page.aspx?pid=2456>>.
135. DAY, K. Clinical features and offense behavior of mentally retarded sex offenders : A review of research. *The NADD Newsletter*, 1997, 14 : 86-89.
136. DE COMPIEGNE, M. Eloge du sein des femmes. In : BRENOT, P. *Eloge à la masturbation*. Ed. France : Zulma, 1997. p. 82. ISBN : 9-782843-040009.
137. DE LA FONTAINE, J. *Contes libertins*. Ed. Paris : J'ai lu, 2004. 94 p. ISBN : 978229033-2276.
138. DELOACH, C. Attitudes toward disability : Impact on sexual development and forging of intimate relationships. *Journal of Applied Rehabilitation and Counseling*, 1994, 25 : 18-25.
139. DEMATRIADES, D., MURRAY, JA., CHAN, L., ORDONEZ, C., BOWLEY, D., [et al.]. Penetrating colon injuries requiring resection : diversion or primary anastomosis ? An AAST prospective multicenter study. *Journal of Traumatology*, 2001, 50 : 765-775.

140. DE MEIDEIROS, K., ROSENBERG, PB., ONVIKE, CIJ. Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 2008, 26 : 370-377.
141. DE MELLO, A. *Une minute de sagesse*. Ed. France : DDB, 2000. 128 p. ISBN : 2220-04631-1.
142. DEMETRIADES, D., PEZIKIS, A., MELLSSAS, J., PAREKH, D., PICKLES, G. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *American Journal of Surgery*, 1988, 155 : 594-596.
143. DENYS, P., [et al.]. Médicaments perturbant l'éjaculation chez le blessé médullaire. In : COSTA, P., et al. (éds). *Sexualité, fertilité et handicap*. Paris : Masson, 1996. pp. 132-135. ISBN : 978-2225851124.
144. DEROUESNÉ, C., GUIGOT, J., CHERMAT, V., WINCHESTER, N., LACOMBLEZ, L. Sexual behavioural changes in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 1996, 10 : 86-92
145. DEROUESNE, C. Sexualité et démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 2005, 3 : 281-290.
146. DEROUESNE, C. Comportements dits d'hypersexualité et démences. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 2009, 7(2) : 101-108.
147. DEUEL, W., MUNSH, U., ZOLLINGER, U., AUGUSTINY, N., SIEGENTHALER-ZUBER, G., VETTER, W. Intestinal drug smuggling : a new diagnostic and therapeutic problem. *Schweiz Rundsch Medical Praxis*, 1989, 78 : 55-61.
148. DEVINSKY, O., BEAR, D. Klüver-Bucy syndrome in Pick's disease, *Neurology*, 1983, 33 : 957-959.
149. DIATKINE, R. Symposium on Psychotic Object Relationship- Ii. Reflections on the Genesis of Psychotic Object Relationships in the Young Child. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1960, 41 : 544-547.
150. DIEHL, DL., ADLER, DG., CONWAY, JD., FARRAYE, FA., KANTSEVOY, SV., KAUL, V., [et al.]. Endoscopic retrieval devices. *Gastrointestinal endoscopy*, 2009, 69(6) : 997-1003.
151. DIGGS, J. (2002). *The health risks of gay sex*. [en ligne]. Rapport. Corporate Resource Council, 2002 [consulté le 11 octobre 2010] <http://www.corporateresourcecouncil.org/white_papers/Health_Risks.pdf>.
152. DINTRANS, P. Maladies psychiatriques et sexualité. In : LOPES, P., POUDAT, FX. [et al.] (éds). *Manuel de Sexologie*. Ed. Paris : Masson, 2007. p. 288. ISBN : 978-2294018107.
153. DIOKNO, AC., BROWN, MB., HERZOG, AR. Sexual function in the elderly, *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150 : 197-200.
154. DIWAN, VS. Removal of 100-watt electric bulb from rectum (letter). *Annals of Emergency Medicine*, 1982, 11 : 643-644.
155. DJE, K., TURQUIN, TH., KOUASSI, R., ATTOUMO, R., KOUADIO, L. Corps étranger insolite de l'espace de Retzius, à propos d'un bout de bois pelvien. *Médecine d'Afrique Noire*, 1999, 46(3) : 181-183.
156. DODGE, B., REECE, M., COLE, SL., & SANDFORT, TGM. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 2004, 41 : 343-350.
157. DONELSON, E. The Relationship of sexual self-concept to level of spinal cord injury and other factors. *Dissertation Abstracts International Section B : The Sciences and Engineering*, 1998, 58 : 6805.
158. DRABBLE, L., & TROCKI, K. Alcohol consumption, alcohol-related problems, and other substance use among lesbian and bisexual women. *Journal of Lesbian studies*, 2005, 1 : 19-30.
159. DUPRE, E. Les pervers. In : MICHAUX, L. (éd). *Psychiatrie Infantile*. Paris : PUF, 1967, p. 283.
160. DURAI, R., BIRADHAR, D., NG, PC. Two port laparoscopic-assisted removal of a migrating foreign body. *Techniques in Coloproctology*, 2010, 14(3) : 263-264.

161. DURAND, VD., & LEJEUNE, C., *Guide pratique des médicaments DOROSZ*. Ed. Paris : Maloine, 2010. 1860 p. ISBN : 978-2-224-03094-0.
162. DURHAM, RM., PRUITT, C., MORAN, J., LONGO, WE. Civilian colon trauma : factors that predict success by primary repair. *Disease of Colon & Rectum*, 1997. 40(6) : 685-692.
163. EASTGATE, G. Salud sexual para personas cn discapacidad intelectual. *Salud Publica de México*, 2008, 50(2), 255-259.
164. EFTAIHA, M., HAMBRICK, E., ABCARIAN, H. Principles of management of colorectal foreign bodies. *Archives of Surgery*, 1977, 112 : 691-695.
165. EHRENFELS, C. Von. *Grundbegriffe Der Ethik (1907)*. Ed. : Deutschland : Kessinger Publishing, 36 p. ISBN : 978-1168298386.
166. EIGUER, A. *Petit traité des perversions morales*. Ed. Paris : Bayard, 1997. 152 p. ISBN : 9-782227-137318.
167. ELAM, AL., RAY, VG. Sexually related trauma : a review. *Annals of Emergency Medicine*, 1986, 15 : 576-584.
168. ELIONEMI-SILKAWA, U., NOTKOTA, IL., HÄMÄLÄINEN, K., RAKHONEN, T., VRAMO, P., HENTINEN, M., [et al.]. Spouse caregiver's perceptions of influence of dementia on marriage. *International Psychogeriatric Association*, 2002, 14 : 47-58.
169. ELLIS, HH. Auto-Erotism : A Psychological Study. *The Alienist and Neurologist*, 1898, 19 : 260.
170. ENG, JG., AKS, SE., WALDRON, R., [et al.]. False-negative abdominal CT scan in a cocaine body stuff. *American Journal of Emergency Medicine*, 1999, 17 : 702-704.
171. EPSTEIN, AW. Relationship of fetishism and transvestism to brain and particularly temporal lobe dysfunction. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 1961, 133:247-53.
172. ERICKSON, TC. Erotomania (nymphomania) as an expression of cortical epileptiform discharge. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 1945, 53 : 226-231.
173. ERIKSON, D. & ERIKSON, L. Knowledge of sexuality in adolescents with Spina Bifida. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 1992, 1 : 195-199.
174. ESCH, T., & STEFANO, GB. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuroendocrinology Letters*, 2004, 25(4): 235-251.
175. EU, KW., SEOW-CHOEN, F., GOH, HS. Unusual rectal perforation—an individualised approach to management. *Singapore Medical Journal*, 1994, 35(1): 79-81.
176. EVERITT, BJ. Neuroendocrine mechanisms underlying appetitive and consummatory elements of masculine sexual behavior. In BANCROFT, J. (éd.), *The pharmacology of sexual function and dysfunction*. Amsterdam: Elsevier Science B.V., 1995. pp. 15-31.
177. FABRE, J. Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers, ou traité complet de médecine et de chirurgie pratiques. *Bureau de la gazette des hôpitaux*, 1840. pp 292-357.
178. FALCONER, MA., HILL, D., MEYER, A. [et al.]. Treatment of temporal lobe epilepsy by temporal lobectomy: A survey of findings and results. *Lancet*, 1955, 268: 827-855.
179. FARMER, JW., CHAN, SB. Whole body irrigation for contraband bodypackers. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2003, 37: 147-150.
180. FEIGELSON, S., MAUN, D., SILVERBERG, D., MENES, T. Removal of a large spherical foreign object from the rectum using an obstetric vacuum device: a case report. *American Journal of Surgery*, 2007, 73: 304-306.

181. FEIGEN, GM. Proctologic Disorders in Sex Deviates : A Study of Sixty-eight Cases of Sodomy. *California Medicine*, 1954, 81(2) : 79-83.
182. FELLAHIAN, C. *La psychose selon Lacan: Evolution d'un concept*. Ed. Paris: L'Harmattan, 2005. 83p. ISBN: 2-7475-9088-7.
183. FERENCZI, S. *L'enfant dans l'adulte*. Ed. Paris: Payot, 2006, 153 p. ISBN: 978-2-228-90117-8.
184. FERENCZI, S. *Sur les addictions*. Ed. Paris: Payot, 2008. 110 p. ISBN: 978-2-228-90338-7.
185. FERGUSON, J., HENRIKSEN, S., COHEN, H., MITCHELL, G., BARCHAS, J., & DEMENT, W. „Hypersexuality“ and behavioral changes in cats caused by administration of p-chlorophenylalanine. *Science*, 1970, 168: 499-501.
186. FERGUSSON, DM., HORWOOD, LJ., & BEAUTRAIS, AL. Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 876.
187. FERNANDEZ, L., [et al.]. *Les Addictions du Sujet âgé*. Ed. Paris: In Press, 2009. 332p. ISBN: 978-2-84835-177-3.
188. FERRETTI, A., MASSIMO, C., DEL GRATTA, C., [et al.]. Dynamics of male sexual arousal: distinct components of brain activation revealed by fMRI. *Neuroimage*, 2005, 26:1086–1096.
189. FISHER, H., ARON, A., & BROWN, L.L. Romantic love : an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 2005, 493 : 58-62.
190. FLYNN, MA., WEAVER-OSTERHOLTZ, D., SHARPE-TIMMS, KL., ALLEN S., KRAUSE, G. Dehydroepiandrosterone replacement in aging humans. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1999, 84 : 1527-1533.
191. FORD, CS., & BEACH, FA. *Patterns of sexual behavior*. Ed. NY : Harper & Brothers, Publishers and Paul B. Hoeber Medical Books, 1951. 307 p.
192. FREED, TA., SWEET, LN., GAUDER, PJ. Balloon obturation bowel obstruction : A hazard of drug smuggling. *American Journal of Radiology*, 1976, 127 : 1033-1034.
193. FREEMON, FR., NEVIS, AH. Temporal lobe sexual seizures. *Neurology*, 1969, 19:87–90.
194. FREISLEDERER, A., BAUTZ, W., SCHMIDT, V. Body packing : the value of modern Imaging procedures in the détection of intracorporal transport media. *Archiv für Kriminologie*, 1988, 182 : 143-153.
195. FREISLEDERER, A., SAUER, W., GRAW, M., SCHMIDT, V. Body packing : detection of incorporated drug packets using ultrasound techniques. *Beitr. Gerichtliche Medizin*, 1989, 47 : 187-191.
196. FREUD, S. *La vie sexuelle*. 13^{ème} Ed. Paris : PUF, 2002. 159 p. ISBN : 9-782130-44723-8.
197. FREUD, S. *Œuvres complètes – Psychanalyse : volumes IX*. Ed. Paris : PUF, 1998. 256 p. ISBN : 978-2130496539.
198. FREUD, S. *Œuvres complètes – Psychanalyse : volumes X*. Ed. Paris : PUF, 2009. 352 p. ISBN : 978-2130574811.
199. FREUD, S. *Œuvres complètes – Psychanalyse : volumes XIII*. Ed. Paris : PUF, 2005. 364 p. ISBN : 978-2130550099.
200. FREUD, S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Ed. Paris : Gallimard, 1989. 211 p. ISBN : 978-2070325399.
201. FREUD, S. *Névrose, Psychose et Perversion*. 13^{ème} Ed. Paris : PUF, 2010. 320p. ISBN : 978-2130584803.
202. FREUD, S. *Deuil et Mélancolie*. Ed. Paris : Payot, 2011. 94 p. ISBN : 978-2228906128.

203. FREUD, S. *Lettre à Fliess 1887-1904*. Ed. Paris : PUF. 763 p. ISBN : 978-2130549956.
204. FROHMAN, EM., FROHMAN, TC., MOREAULT, AM. Acquired sexual paraphilia in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 2002, 59:1006-10.
205. FRY, RD. Anorectal trauma and foreign bodies. *Surgical Clinics of North America*, 1994, 74(6): 1491-1505.
206. FRY, E.A right scrotal abscess and foreign body ingestion in a schizophrenic patient. *Journal of Emergency Medicine*, 2010, 38(5): 587-592.
207. FRYE, CA., BAYON, LE., PURSNANI, NK., PURDY, RH. The neurosteroids, progesterone and 3alpha,5alpha-THP, enhance sexual motivation, receptivity and proceptivity in female rats. *Brain Research*, 1998, 808: 72-83.
208. FURSTE, W., KNOERNSCHILD, H. Perforations of the distal large intestine produced by intraluminal traumas. *American Journal of Surgery*, 1960, 99:665-675.
209. GARBER, HI., MORRIS, DM., EISENSTAT, TE., COKER, DD., ANNOUS, MO. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Disease of Colon & Rectum*, 1982, 25: 464-470.
210. GHIKA, J. Mood and behavior in disorders of basal ganglia. In: BOGOUSSLAWSKY, J., CUMMINGS, JL., (éds.). *Behavior and mood disorders in focal brain lesions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. pp. 202-216.
211. GILEPSIE, WF. A Vaseline bottle in the Rectum. *Canadian Medical Association Journal*, 1934, 31:302.
212. GILL, C. Dating and Relationship issues. *Sexuality and Disability*, 1996, 14 : 183-190.
213. GIOVANNONI, G., O'SULLIVAN, JD., TURNER, K., MANSON, AJ., LEES, AJ. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2000, 68 : 423-428.
214. GLASER, J., HACK, T., RUBSAM, M. Unusual rectal foreign body : treatment using argon-beam coagulation. *Endoscopy*, 1997, 29 : 230-231.
215. GLOOR, P. Role of the human limbic system in perception, memory, and affect: Lessons from temporal lobe epilepsy. In: DOANE, BK., & LIVINGSTON, KE. (éds.). *The limbic system: functional organization and clinical disorders*. New York: Raven Press, 1986. pp.159-69.
216. GLOVER, E. L'étiologie de l'addiction à la drogue. In : FERENCZI, S. (éd). *Sur les addictions*, Paris : Payot, 2008. 110 p. ISBN : 978-2228-903387.
217. GOH, BKP., CHOW, PKH., QUAH, HK., ONG, HS., EU, KW., OOI, LPJ., WONG, WK. Perforation of the Gastrointestinal Tract Secondary to Ingestion of Foreign Bodies. *World Journal of Surgery*, 2006, 30 : 372-377.
218. GOLDBERG, JE., & STEELE, SR. Rectal Foreign Bodies. *Surgical Clinics of North America*, 2010, 90(1) : 173-184.
219. GOLDEN, T., WANGENSTEEN, SL. Letter : Rectal foreign-body forceps. *Journal of American Medical Association*, 1973, 226 : 1358.
220. GOOD, B. *Medicine, rationality, and experience*. Ed. Cambridge : Cambridge University Press, 1994. 242p. ISBN : 978-052142576-6
221. GOODMAN, A. *Sexual Addiction : An Integrated Approach*. Ed. US : International Universities Press, 1998. 456 p. ISBN : 978-0823660636.
222. GOPAL, S. A bottle in the rectum. *Journal of Indian Medical Association*, 1974, 6(2) : 24-25.

223. GORMAN, DG., CUMMINGS, JL. Hypersexuality following septal injury. *Archives of Neurology*, 1992, 49 : 308-310.
224. GOULD, GM., PYLE, W. *Anomalies and Curiosities of Medicine*. Ed. Philadelphia : General Books, 2010. 654 p. ISBN : 978-1153586801
225. GRAVES, RW., ALLISON, EJ JR., BASS, RR., HUNT, RC. Anal eroticism : two unusual rectal foreign bodies and their removal. *South Medical Journal*, 1983, 76 : 677-678.
226. GREEN, A. *La folie privée*. Ed. Paris : Gallimard, 1990. 410 p. 978-2070720743.
227. GREEN, A. *Les chaînes d'éros : actualité du sexuel*. Ed. Paris : Odile Jacob ; 1997. 288 p. ISBN : 2-7381-0443-6.
228. GROSS, G. Activities of the developmental disabilities adult offender project. Olympia : Washington State Developmental Disability Planning Council. (1985). In DAVIS, LA. (éd). *People with Intellectual Disabilities & Sexual Offenses*, 2009. <<http://www.thearc.org/page.aspx?pid=2456>>.
229. GRUEV, I., KAPITANOVA, K. Case of a foreign body (a screwdriver) pushed into the rectum via the anus and removed by laparotomy. *Khirurgiia (Sofia)*, 1977, 30(6) : 525-526.
230. GUELFY, JD., [et al.]. *Mini DSM-IV : Critères diagnostiques*. Ed. Paris : Masson, 1996. 384 p. ISBN : 2-225-85218-9.
231. GUENIAT, O., ESSEIVA, P., MARGOT, P. *Le profilage de l'héroïne et de la cocaïne : Une méthodologie moderne de lutte contre le trafic illicite*. Ed. Genève : Presses Polytechniques Romandes, 2005. 394p. ISBN : 978-2880745325.
232. GUERINEAU, M., LABAT, JJ., ROBERT, R., RIAN, TH., RIOULT, B., RAMEE-LE CORVELLER, F., BENSIGNOR, M. Aspect myofascial des algies pelvi-périnéales : traitement kinésithérapique. *Kinésithérapie Scientifique*, 2006, 463 : 25-37.
233. GUPTA, SS., SINGH, O., HASTIR, A., SHUKLA, S., MATHUR, RK. Foreign bodies in the rectum : A report on three cases including a bullhorn in the rectum. *Arab Journal of Gastroenterology*, 2010, 11 : 108-112.
234. GUPTA, U., BHARGWAN AGARWAL, S. An unusual foreign body in the recto-sigmoid region : report of a case. *Techniques of Coloproctology*, 2000, 4 : 111-113.
235. GURTH PRETTY, H. An Ink Bottle in The Rectum. *The Canadian Medical Association Journal*, 1934, 31 : 302.
236. HAAVEN, J., LITTLE, R. & PETRE-MILLER, D. *Treating intellectually disabled sex offenders*. Orwell, VT : Safer Society Press, 1989. ISBN : 978-1884444302
237. HACHET, P. *Les toxicomanes et leurs secrets*. Ed. France : L'Harmattan, 2007. 304 p. ISBN : 978-2296034648.
238. HACKER, JF., & CARRAU, EL. Management of gastro-intestinal foreign bodies. *American Family Physician*, 1986, 34(2) : 101-108.
239. HAMANN, S., HERMAN, RA., NOLAN, CL. [et al.]. Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Natural Neuroscience*, 2004, 7 : 411-416.
240. HAFT, JS., BENJAMIN HB. Foreign bodies in the rectum : some psychosexual aspects. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1973, 8 : 74.
241. HAFT, JS., BENJAMIN HB., WAGNER M. Vaginal Vibrator lodged in rectum. *British Medical Journal*, March 1976, 13 : 626.
242. HASAN, M., TALUKDER, MA., ISLAM, K., MUSTAFA, MF., RAHMAN, MA. A case report of drinking glass

in rectum. *Mymensingh Medical Journal*,

2006,15(1) : 96-98.

243. HAUGEN, DA., DALAKER, M. Smuggling of narcotics in body cavities. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1994, 114 : 2501-2502.

244. HAUT, ER., NANCE, ML., KELLER, MS., GRONER, JL., FORD, HR., KUHN, A., TUCHFARBER, B., GARCIA, V., SCHWAB, CW., STAFFORD, PW. Management of penetrating colon and rectal injuries in the pediatric patient. *Disease of Colon & Rectum*, 2004. 47(9): 1526-1532.

245. HEATH, RG. Pleasure response of human subjects to direct stimulation of the brain : Physiologic and psychodynamic considerations. In : HEATH, RG. (éd.). *The role of pleasure in behavior*. New York : Harper & Row, 1964. pp. 219-243.

246. HEMANDAS, AK., MULLER, GW., AHMED, I. Rectal Impaction With Epoxy Resin : A Case Report. *Gastrointestinal Images*, 2005, 9(5) : 747-749.

247. HENEBIENS, M., VAN GELOVEN, AA., & GOUMA, DJ. Diagnosis and treatment of « body packer » syndrome. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2007, 151(43) : 2411-2412.

248. HENN, FA, HERJANCI, M., VANDERPEARL, RH. Forensic psychiatry : profiles of two types of sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133 : 696-706.

249. HERGAN, K., KOFLER, K., OSER, W. Drug smuggling by body packing : what radiologists should know about it. *European Radiology*, 2004, 14 : 736-742.

250. HERRELL, R., GOLDBERG, J., TRUE, WR., RAMAKRISHNAN, V., LYONS, M., EISEN, S., TSUANG, MT. Sexual orientation and suicidality : a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56(10) : 867-874.

251. HERVE, H. *Pour un accueil de qualité en maison de retraite: la valorisation de l'identité de la personne âgée*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, 2003, 102 p.

252. HICKS, TC., OPELKA, FG. The hazards of anal sexual eroticism. *Perspectives of Colon & Rectal Surgery*, 1994, 7 : 37-56.

253. HOFFMAN, RS., SMILKSTEIN, MJ., GOLDFRANK, LR. Whole Bowel Irrigation and the Cocaine Body-Packer : A New Approach to a Common Problem. *American Journal of Emergency Medicine*, 1990, 8(6) : 523-527.

254. HOGAN, VL., & EDWARDS AR. (2009). *Foreign Body Removal, Rectum*[en ligne]. Article Medscape. EMedicine Specialties, 2009. [consulté le 16 novembre 2010]<<http://emedicine.medscape.com/article/80963-overview>>.

255. HOITSMA, HF., MEIJER, S., DEJONG, D. The transspincteric approach for removal of a huge foreign body from the rectum. *Netherlands Journal of Surgery*, 1984, 36 : 83-84.

256. HOLCOME, TE. An unusual cause of death. *Medical Journal of Australia*, 1941, 1 : 584.

257. HOLLAND, JC., WINTER, DC., RICHARDSON, D. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure revisited. *Surgical Laparoscopic & Endoscopic Percutaneous Techniques*, 2002, 12 : 291-294.

258. HOOSHMAND, H., BRAWLEY, BW. Temporal lobe seizures and exhibitionism. *Neurology*, 1969, 19:1119-1124.

259. HUANG, WC., JIANG JK., WANG, HS., YANG, SH., CHEN, WS., LIN, TC., LIN, JK. Retained rectal foreign bodies. *Journal of Chinese Medical Association*, 2003, 66(10) : 607-612.

260. HUGHES, HP., MARICE, HP., GATHRIGHT, JG Jr. Method of removing a hollow object from the rectum. *Disease of Colon & Rectum*, 1976, 19 : 44-45.

261. HUMES, D., & LOBO, DN. Removal of a rectal foreign body using a Foley cathéter passed through a rigid sigmoidoscope. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2005, 62 : 610.

262. HUNT, M. *Sexual behavior in the 1970s*. 1st Ed. USA : Playboy Press, 1974. 395 p. ISBN : 978-0872233935.
263. HUNTER, R., LOGUE, V., MCMENEMY, WH. Temporal lobe epilepsy supervening on longstanding transvestism and fetishism. *Epilepsia*, 1963, 4:60-65.
264. HUNTER, TB., TALJANOVIC, MS. Foreign Bodies. *Radiographics*, 2003, 23: 731-757.
265. ICHIKAWA, K., TAJIMA, N., [et al.]. Diagnostic Imaging of « body packers ». *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi*, 1997, 57(3) : 83-93.
266. IKEDA, N., HULEWICZ, B., KNIGHT, B., SUZUKI, T. Homicide by rectal insertion of a walking stick. *Nihon Hoigaku Zasshi*, 1991, 45(4) : 341-344.
267. INCIARDI, J.A., LOCKWOOD, D., & QUINLAN, J.A. Drug use in prison: Patterns, processes, and implications for treatment. *Journal of Drug Issues*, 1993, 23(1): 119-129.
268. ISRAËL, L. *La jouissance de l'hystérique*. Ed. Espagne : Arcanes, 1996. 250p. ISBN : 2-02-035965-0.
269. ISRAËL, L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Ed. Paris : Masson, 1985. 251p. ISBN : 2-225-45441-8.
270. IVES, L. A guide to the new luxury sex toys. *Sunday Times*, 21 february 2009.
271. JACQUES-MARIN, S., CABROL, C. *L'esprit des médecines anciennes*. Ed. France: Cheminements, 2005. 267 p. ISBN: 9782844783837.
272. JALUVKA, V., NOVAK, A. Vaginal foreign bodies in women in postmenopause and in senium. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1995, 61 : 167-169.
273. JANSZKY, J., SZÜCS, A., HALASZ, P., BORBÉLY, C., HOLLO, A., BARSÍ, P., & MIRNICS, Z. Orgasmic aura originates from the right hemisphere. *Neurology*, 2002, 58 : 302-304.
274. JANUS, F. Prise en charge de la sexualité du troisième âge. In: LOPES, P., POUDAT, FX. [et al.] (éds). *Manuel de Sexologie*. Paris : Masson, 2007. p. 382 ISBN :978-2294018107.
275. JOHNSON, SO., HARTRANFT, TH. Nonsurgical removal of a rectal foreign body using a vacuum extractor : Report of a case. *Disease of Colon & Rectum*, 1996, 39 : 935-937.
276. JONES, JC., & BARLOW, DH. Self-reported frequency of sexual urges, fantasies, and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior*, 1990, 19 : 269-279.
277. JORM, AF., KORTEN, AE., RODGERS, B., JACOMB, PA., CHRISTENSEN H. Sexual orientation and mental health : results from a community Survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 180 : 423-427.
278. KAESER F, O'NEILL J. Task analyzed masturbation instruction for a profoundly retarded adult male : a data based case study. *Sex & Disability*, 1987, 8(1): 17-24.
279. KAFKA, MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 52(2) : 60- 65.
280. KAFKA, MP., & HENNEN J. The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1999, 25 : 305-319.
281. KAFKA, MP., & HENNEN J. A DSM-IV Axis II comorbidity of males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*, 2002, 14(4) : 349-366.
282. KANN, BR., & HICKS, TC. Anorectal foreign bodies : Evaluation and treatment. *Seminars in Colon & Rectal Surgery*, 2004, 15 :119-124.

283. KANTARIAN, JC., RIETHER, RD., SHEETS, JA., STASIK, JJ., ROSEN, L., KHUBCHANDANI, IT. Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Disease of Colon & Rectum*, 1987, 30(11) : 902-904.
284. KAPLAN, HS. The concept of presbyrectia. *International Journal of Impotence Research*, 1989. 1 : 59-65.
285. KARAMA, S., LECOURE, AR., LEROUX, AR., [et al.]. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Human Brain Mapping*, 2002, 16:1-13.
286. KARELLOU, J. Lay People's Attitude Towards the Sexuality of People with Learning Disabilities in Greece. *Sexuality & Disability*, 2003, 21(1):65-84.
287. KAUFMANN, JC. *Sociologie du couple*. 4^{ème} Ed. Paris : PUF, 2003. 127 p. ISBN : 978-2130565-67.
288. KENSEY A., TOURNIER P., *Libération sans retour? Devenir judiciaire de la cohorte des sortants de 1982 condamnés à trois ans ou plus*, Paris, CESDIP, Etudes et données pénales n°69, SCERI, Travaux et documents n°47, 1994.
289. KESTEMBERG, E. *L'Adolescence à vif*. Ed. Paris : PUF, 1999. 265 p. ISBN : 978-2130498230.
290. KESTEMBERG, E. La relation fétichique à l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 1978, 2 : 195-214.
291. KETHU, SR., JOHNSON, C., AGRAWAL, D. Rubber-sleeving a forceps for endoscopic removal of a flat, metallic foreign body. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2007, 66 : 393-394.
292. KHAN, SA., DAVEY, CA., KHAN, SA., TRIGWELL, PJ., CHINTAPATLA, S. Munchausen's syndrome presenting as rectal foreign body insertion : a case report. *Cases Journal*, 2008, 1 :243.
293. KILOH, LG., GYE, RS., RUSHWORTH, RG., [et al.]. Sterotactic amygdalotomy for aggressive behaviour. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1974, 37 : 437-444.
294. KIMURA, M., MURATA, Y., SHIMODA, K., ROBINSON, RG. Sexual dysfunction following stroke. *Comprehensive Psychiatry*, 2001, 42 : 217-222.
295. KING, M., SEMLYEN, J., TAI, SS., KILLASPY, H., OSBORN, D., POPELYUK, D., NAZARETH, I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 2008, 8 : 70.
296. KINSEY, AC., POMEROY, WB., MARTIN, CE. *Sexual behaviour in the human male*. Ed. Indiana : Indiana University Press, 1998. 824 p. ISBN : 978-0253334121.
297. KLEIN, M. *L'amour et la Haine*. Ed. Paris : Payot, 2001. 170 p. ISBN : 978-2-228-89430-2.
298. KLEITSCH, WP. Foreign bodies in the rectum – a case report. *Military Surgery*, 1949, 105 : 215-217.
299. KLOS, KJ., BOWER, JH., JOSEPHS, KA., MATSUMOTO, JY., AHLKOG, JE. Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Parkinsonism Related Disorders*, 2005, 11 : 381-386.
300. KNIGHT, RA., & SIMS-KNIGHT, JE. The developmental antecedents of sexual coercion against women : Testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2003, 989 : 72-85.
301. KNIGHT, RA., & SIMS-KNIGHT, JE. Testing an etiological model for male juvenile sexual offending against females. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2004, 13 : 33-55.
302. KOLARSKY, A., FREUND, K., MACHEK, J., [et al.]. Male sexual deviation: Association with early temporal lobe damage. *Archives of General Psychiatry*, 1967, 17:735-743.
303. KONISHI, T., WATANABE, T., NAGAWA, H. Impaction of a rectal foreign body: what is the final

approach before surgery? *Disease of Colon & Rectum*, 2007, 50: 262-263.

304. KOORNSTRA, JJ., WEERSMA, RK. Management of rectal foreign bodies: Description of a new technique and clinical practice guidelines. *World Journal Gastroenterology*, 2008, 14(27): 4403-4406.

305. KOSTER, A. Change-of-life anticipations, attitudes, and experiences among middle-aged Danish women. *Health Care Women International*, 1991, 12: 1.

306. KOURAKLIS, G., MISIAKOS, E., DOVAS, N., KARATZAS, G., GOGAS, J. Management of foreign bodies of the rectum: report of 21 cases. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 1997, 42(4): 246-247.

307. KRAFFT-EBING, R. *Psychopathia Sexualis 1886*. Ed. London: General Books, 2009. 361 p. ISBN: 978-0-217-04045-7.

308. KRYSTAL, H., RASKIN, HA. *Drug Dependence : The Disturbances in Personality Functioning That Create the Need for Drugs*. 2nd Ed. US: Jason Aronson, 1993. 128 p. ISBN : 978-1568211398.

309. KURER, MA., DAVERY, C., KHAN, S., CHINTAPATLA, S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Diseases*, 2009, 12: 851-861.

310. LACAN, J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Ed. France : Seuil, 1980. 363 p. ISBN : 978-2020055109.

311. LACOMBE, E., CARCENAC, C., BOULET, S., FEUERSTEIN, C., BERTRAND, A., POUPARD, A., [et al.]. High-frequency stimulation of the subthalamic nucleus prolongs the increase in striatal dopamine induced by acute 1-3,4-dihydroxyphenylalanine in dopaminergic denervated rats. *European Journal of Neuroscience*, 2007, 26 : 1670-1680.

312. LACOMBLEZ, L., & MAHIEUX-LAURENT, F., et al. *Les démences du sujet âgé*, éd. Paris : John Libbey Eurotext, 2003. 111p. ISBN : 2-7420-0443-2.

313. LADAME, F. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. Editions Techniques. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* (Paris), Psychiatrie, 1991 : 37 : 215-B-20.

314. LAKE, JP., ESSANI, R., PETRONE, P., KAISER, AM., ASENSIO, J., BEART, RW JR. Management of retained colorectal foreign bodies : Predictors of operative intervention. *Disease of Colon & Rectum*, 2004, 47(10) : 1694-1698.

315. LANGIS, P., & GERMAIN, B. *La sexualité humaine*. 1^{ère} Ed. Bruxelles : de Boeck, 2009. 596 p. ISBN : 978-2-8041-3795-3.

316. LÅNGSTRÖM, N., & SETO, MC. Transvestic fetishism in the general population : prevalence and correlates. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005, 31(2) : 427-435.

317. LÅNGSTRÖM, N., & HANSON, RK. High rates of sexual behavior in the general population : Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 2006, 35 : 37-52.

318. LAOSEBIKAN, AO., MANCHEV, V, THOMSON, SR. Hook line and sinker, *South African Medical Journal*, 2004, 94(8) : 630.

319. LAPLANCHE, J., & PONTALIS, JB. *Fantasme originnaire*. Ed. Paris : Fayard/ Pluriel, 2010. 113 p. ISBN : 978-2818500620.

320. LARSEN, WJ. *Embryologie humaine*, 2^{ème} éd. De Boeck 2003. 548p. ISBN : 978-2804141219.

321. LAU, JTK., ONG, GB. Broken and retained rectal thermometers in infants and Young children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008, 17(2) : 93-94.

322. LAUFER, M. Adolescence & psychosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1986, 67 : 367-372.

323. LAUMANN, EO., GAGNON, JH, MICHAEL, RT., & MICHAELS, S. *The social organization of sexuality : Sexual practices in the United States*. Chicago : University of Chicago Press, 2000. 750 p. ISBN : 978-0226470207.
324. LAZAR, J., ASRANI, A. Sonographic diagnosis of a glass foreign body in the urinary bladder. *Journal of ultrasound in medicine*, 2004, 23(7) : 969-971.
325. LEBOVICI, S. Psychiatrie de l'enfant et psychanalyse. In : LEBOVICI, S., DIATKINE, R., SOULE, M. (éds). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 2004. Pp. 13-25. ISBN : 978-2130545576.
326. LE GOUES, G. *L'âge et le principe de plaisir*. Ed. Paris : Dunod, 2000. 161 p. ISBN : 978-2100050338.
327. LEIBLUM, SR., ROSEN, RC. *Principles and practice of sex therapy*. Update for the 1990s. Ed. New York : Guildford Press, 1989. 413 p. ISBN : 978-0898623895.
328. LEITENBERG, H., DETZER, MJ., & SREBNIK, D. Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experiences on pre-adolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in Young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 1993, 22 : 87-98.
329. LEITENBERG, H., & HENNING, K. Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 1995, 117 : 469-496.
330. LEJOYEUX, M., TASSAIN, V., SOLOMON, J., ADES, J. Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinial Psychiatry*, 1997, 58(4) : 169-173.
331. LESOURNE, O. *La genèse des addictions :Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. Ed. Paris: PUF, 2007. 260 p. ISBN: 9782130561136.
332. LEUTMEZER, F., SERLES, W., BACHER, J.,[et al.].Genital automatisms in complex partialseizures. *Neurology*, 1999, 52:1188-1191.
333. LEVIN, SE., COOPERMAN, H., FREILICH, M., LOMAS, M. The use of a curved uterine vulsellum for removal of rectal foreign bodies : report of a case. *Disease of Colon &Rectum*, 1977, 20(6) : 532-533.
334. LEVINE, J., ALBERT, H. Sexual behavior after lobotomy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 1951,113:323-341.
335. LILLY, R., CUMMINGS, JL., BENSON, F., FRANKEL, M. The human Klüver-Bucy syndrome. *Neurology*, 1983, 33 : 1141-1145.
336. LINOS, S., & NESTORIDIS, E. Laparoscopic removal of an ingested foreign body and repair of colonic perforation. *Gastrointest Endoscopy*, 2000, 52(3) : 424-426.
337. LIVINGSTON, DH., MILLER, FB., RICHARDSON, JD. Are the risks after colostomy closure exaggerated ? *American Journal of Surgery*, 1989, 158 : 17-20.
338. LLEDO, S., ROIG, IV. Anorectal trauma and their sequelae. *Cirugia Espanola*,1991, 50 :472-479.
339. LOPES, P., POUDAT, FX. [et al.]. Manuel de Sexologie. Ed. Paris : Masson, 2007. 451 p. ISBN :978-2294018107.
340. LOSANOFF, JE., KJOSSEV, KT. Rectal « oven mitt » : the importance of considering a serious underlying injury. *Journal of Emergency Medicine*, 1999, 17(1) : 31-33.
341. LOSANOFF, JE., MILLIS, JM. Retained colorectal foreign bodies. *Diseases of the colon & Rectum, letters to the Editor*,2006, 49(8) : 1240-1241.
342. LOWICKI, EM. Accidental introduction of giant foreign body into the rectum : Case report. *Annals of Surgery*, 1966, 163 : 395-398.

343. LUDEMAN, K. The sexuality of the older person : review of the litterature. *Gerontologist*, 1981, 21(2) : 203-208
344. LUEF, GJ. Epilepsy and sexuality. *Seizure*, 2008, 17 : 127-130.
345. LUNG, JA., TURK, RP., MILLER, RE., EISEMAN, B. Wounds of the Rectum. *Anal of Surgery*, 1970, 172(6) : 985-990.
346. MAART, S., & JELSMA, J. The sexual behaviour of physically disabled adolescents. *Disability & Rehabilitation : South Africa*, 2010, 32(6) : 438-443.
347. MACDOUGALL, J., & MORIN, M. Sexual attitudes and self-reported behavior of congenitally disabled adults. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 1979, 11 : 189-204.
348. MACHIEDO, GW., CASEY, KF., BLACKWOCK, JM. Colostomy closure following trauma. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 1980, 151 : 58-60.
349. MACHT, SH. Foreign body (bottle) in rectum. *Radiology*, 1944, 42 : 500-501.
350. MACKINNON, RP. Removing rectal foreign bodies : is the ventouse gender specific ? *Medical Journal of Australia*, 1998, 169 : 670-671.
351. MACLEOD, FW. Removal of Foreign Bodies in Rectum. *Canadian Medical Association Journal*, 1947, 57 : 288.
352. MAH, K., BINIK, YM. Are Orgasms in the Mind or the Body ? Psychosocial Versus Physiological Correlates of Orgasmic Pleasure and Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005, 31 : 187-200.
353. MANIMARAN, N., SHORAFI, M., & ECCERSLEY, J. Blow as well as pull : an innovative technique for dealing with a rectal foreign body. *Colorectal Disease*, 2008, 2 : 325-326.
354. MARKS, IN. Foreign bodies in the rectum : An unusual collection. *South African Medical Journal*, 1951, 25 : 730-731.
355. MARLOWE, WB., MANCALL, EL., THOMAS, JJ. Complete Klüver-Bucy syndrome in man. *Cortex*, 1975, 11 : 53-59.
356. MARMONNIER, C. *Godes' Story : l'histoire du Sex-Toy*. Ed. Bruxelles : Seven Sept, 2008. 144p. ISBN : 978-2-916394-16-9.
357. MARSHALL, DS., & SUGGS, RC. *Human Sexual Behaviour*. Ed. London : Basic Books, 1971. 302 p. ISBN : 978-0465031573.
358. MARTENSEN-LARSEN, O. The family constellation and homosexuality. *Acta Genet Stat Med*, 1957, 7(2) : 445-446.
359. MARTIN, P. Prise en charge de la sexualité du troisième âge. In : LOPES, P., POUDAT, FX. [et al.] (éds). *Manuel de Sexologie*. Paris : Masson, 2007. p. 381 ISBN : 978-2294018107.
360. MARTIN, S. *L'esprit des médecines anciennes*. Ed. Paris : Cheminements, 2005. 267 p. ISBN : 978-2844783837.
361. MARTY, P. Dépression Essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 1968. 32(3) : 595-598.
362. MAS, M. Neurobiological correlates of masculine sexual behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1995, 19 : 261-277.
363. MATHY, RM., COCHRAN, SD., OLSEN, J., MAYS, VM. The association between Relationship markers of sexual orientation and suicide : Denmark, 1990-2001. *Sociology, Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2011. 46(2) : 111-117.

364. MAXWELL, RA., FABIAN, TC. Current management of colon trauma. *World Journal of Surgery*, 2003, 27 : 632-639.
365. MAYOU, B. Rectal loss of vaginal vibrators. *British Medical Journal*, 1973, 2 : 780.
366. MCCABE, M. P., CUMMINS, R., & DEEKS, A. Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 2000, 18 : 123-131.
367. MCCAMMON, S., KNOX, D. & SCHACHT, T. *Making choices in sexuality : Research and applications*. Ed. Pacific Grove : Brooks/Cole, 1998. 550 p. ISBN : 978-0534363536.
368. MCCARRON, MM., WOOD JD. The Cocaine 'body Packer' Syndrome. *The Journal of the American Medical Association*, 1983. 250: 1417-1420.
369. MCCLENATHAN, JH., & DABADGHAV, N. Blunt Rectal Trauma Causing Intramural Rectal Hematoma : Report of a Case. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2004, 47 : 380-382.
370. MCCOLL, A. Spirituality and disability. In : McColl, A. (éd.) *Spirituality and occupational therapy*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE, 2003. ISBN : 978-1895437645.
371. MCCORMICK, I. *Secret Sexualities: A Sourcebook of 17th and 18th Century Writings*. Ed. London: Routledge, 1997. 272 p. ISBN: 978-0415-139540.
372. MCDONALD, MP., ROSENTHAL, D. An unusual foreign body in the rectum—a baseball: report of a case. *Disease of Colon & Rectum*, 1977. 20(1): 56-57.
373. MCDOUGALL, J. *Eros aux mille et un visages*. Ed. Paris : Gallimard, 1996. 306 p. ISBN : 978-2-07074579-1.
374. MCLEAN, DW., SMATHERS, W. The treatment of injuries to the anus and rectum. *Surgical Clinics of North America*, 1953, 33 : 1193-2206.
375. MCMANUS, JE. Perforation of the intestine by ingested foreign bodies. *American Journal of Surgery*, 1941, 53 : 393-397.
376. MCPHERSON, RC., KARLAN, M., WILLIAMS, RD. [et al.]. Foreign body perforation of the intestinal tract. *American Journal of Surgery*, 1957, 94 : 564-568.
377. MEDEIROS, R., PREDIGER, RD., PASSOS, GF., PANDOLFO, P., DUARTE, FS., FRANCO, JL., DAFRE, AL., DI GIUNTA, G., FIGUEIREDO, CP., TAKAHASHI, RN., CAMPOS, MM., CALIXTO, JB. Connecting TNF-alpha signaling pathways to iNOS expression in a mouse model of Alzheimer's disease: relevance for the behavioral and synaptic deficits induced by amyloid beta protein. *Journal of Neuroscience*, 2007, 27 : 5394-404.
378. MEMBRINI-DUTOIT JP. *De L'Onanisme: Ou Discours Philosophique Et Moral Sur La Luxure Artificielle (1760)*. Ed. White Fish: Kessinger Publishing, 2009. 190 p. ISBN: 978-1104-6438-29.
379. MEMON, JM., MEMON, NA, KHATRI, MK., TALPUR, AA., ANSARI, AG., JAMALI, AH., GHUMRO, AA. Rectal foreign body : not a rarity. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 2007, 5(2) : 72-74.
380. MENDEZ, MF., CHOW, T., RINGMAN, J., [et al.]. Pedophilia and temporal lobedisturbances. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience*, 2000, 12: 71-76.
381. MENDEZ, MF., PERRYMAN, KM. Neuropsychiatric features of frontotemporal dementia : evaluation of consensus criteria and review. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience*, 2002, 14 : 424-429.
382. MENDEZ, MF., O'CONNOR, SM., LIM, GT. Hypersexuality after right pallidotomy for Parkinson's disease. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience*, 2004, 16: 37-40.
383. MENDEZ, MF., CHEN, AK., SAPHIRA, JS., MILLER, BL. Acquired sociopathy and frontotemporal dementia. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 2005, 20 : 99-104.

384. MESTON, CM. Aging and Sexuality. *West Journal Medicine*, 1997, 167 : 285-290.
385. MEYERS, R. Evidence of a locus of the neural mechanisms for libido and penile potency in the septo-fornico-hypothalamic region of the human brain. *Transactions of the American Neurological Association*, 1961, 86: 81-85.
386. MEYERS, R. Three cases of myoclonus alleviated by bilateral ansotomy, with a note on postoperative alibido and impotence. *Journal of Neurosurgery*, 1962, 19: 71-81.
387. MIJOLLA DE, A., SHENTOUB, SA. *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Ed. Paris : Payot, 2004. 540 p. ISBN : 2-228-89911-9.
388. MILES, M. Disability in an eastern religious context: historical perspectives. *Disability and Society*, 1995, 10(1) : 49-69.
389. MILLER, BL., CUMMINGS, JL., MCINTYRE, H., EBERS, G., GRODE, M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1986, 49 : 867-873.
390. MILLER, BJ., WETZIG, NR. Incarcerated sigmoid bottle. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 1990, 60(9) : 729-731.
391. MILLER, BL., DARBY, AL., SWARTZ, JR., YENER, GG., MENA, I. Dietary changes : compulsions and sexual behavior in frontotemporal degeneration. *Dementia*, 1995, 6 : 195-199.
392. MILLIGAN, M., & NEUFELDT, A. The Myth of asexuality : a survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*, 2001, 19(2) : 91-109.
393. MITCHELL, W., FALCONER, MA., HILL, D. Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy. *Lancet*, 1954, 267: 626-630.
394. MOLINA, JA., SAINZ-ARTIGA, MJ., FRAILE, A. [et al.]. Pathologic gambling in Parkinson's disease: a behavioral manifestation of pharmacologic treatment? *Movement Disorders*, 2000, 15: 869-872.
395. MONTAIGNE, M. *Les Essais*. Ed. Paris: Gallimard, 2009. 1355 p. ISBN: 9782070122424.
396. MONTET, L. *Tueurs en série, essai en profilage criminel*. 7ème éd. Paris: PUF, 2000, 272 p. ISBN: 9-782130-53408-2.
397. MORALES, L., ROVIRA, J., MONGARD, M., SANCHO, MA., BACH, A. Intraspinal migration of a rectal foreign body. *Journal of Pediatric Surgery*, 1983, 18(5): 634-635.
398. MOREIRA, CA., WONGPAKDEE, S., & GENNARO, AR. A foreign body (chicken bone) in the rectum causing extensive perirectal and scrotal abscess. *Diseases of the Colon and Rectum*, 1975, 18(5): 407-409.
399. MORIN, J. *Anal Pleasure & Health*. 2nd ed. California: Yes Press, 1981. 269p. ISBN: 0-940208-08-3.
400. MUCHEMBLED, R. *L'orgasme et l'Occident: Une histoire du plaisir du XVIIe siècle à nos jours*. Ed. Paris: Points, 2008. 382 p. ISBN: 978-275780-7941.
401. MURPHY, WD., COLEMAN, E.M., & ABEL, G.G. Human sexuality in the mentally retarded. In MATSON, JL., & ANDRASIK F. (Eds.) *Treatment issues and innovations in mental retardation*. New York : Plenum Pres, 1983. pp. 581-643. ISBN: 9780306409356.
402. MUSCAT, R. *L'usage de drogues en milieu carcéral*. Ed. Paris: du Conseil de l'Europe, 2000. 165p. ISBN: 92-871-4520-2
403. NABI, G., SOMANI, BK., STEVEN, LC., MCCLINTON, S. Technique of radiological localization and endoscopic retrieval of an unusual foreign body from the urinary bladder. *International Urology and Nephrology*, 2006, 38: 251-254.

404. NAGARATNAM, N., LIM, W., HUTYN, S. Some problematic behaviors in Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 2001, 32 : 57-65.
405. NAGARATNAM, N., & GAYAGAY Jr., G. Hypersexuality in nursing care facilities- a descriptive study. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 2002, 35 : 195-203.
406. NARJIS, Y., RABBANI, K., HAKKOU, K., ABOULHASSAN, T., LOUZI, A., BENELKHAYAT, R., FINECH, B., & IDRISSE DAFALI, AEL. Foreign body of the rectum : an unusual case. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 2010, 3(3) : 306.
407. NEHME KINGSLEY, A., ABCARIAN, H. Colorectal foreign bodies. Management update. *Disease of Colon & Rectum*, 1985, 28 :941-944.
408. NEMIAH, J., & SIFNEOS, P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In HILL, OW. (éd). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Boston : Butterworth, 1970, p. 126.
409. NEPRASOVA, P., TRESKA, V., SIMANEK, V.). Injury of the rectum with a porcelain cup. *Rozhledy v Chirurgii*, 2001, 80(3) : 128-130.
410. NEVIN, IN., SCHICK, IE JR., JOHNSON, AG. Foreign-body penetration of the rectum. *New England Journal of Medicine*, 1961, 264 : 1127-1130.
411. NIVATVONGS, S., METCALF, D., & SAWYER, MD. A Simple Technique to Remove a Large Object from the Rectum. *American College of Surgeons*, 2006, 203(1) : 132-133.
412. NOSEK, M., RINTALA, D., YOUNG, M., HOWLAND, C., FOLEY, C., ROSSI, D., [et al.]. Sexual functioning among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1996, 77 : 107-115.
413. OBRADOR, A., GAYÀ, J., PUEYO, J., DOLZ, C. Colonoscopic removal of a long piece of lawn hose. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1988, 34(3) : 286-287.
414. OJHANALAN, KA., WESTPHAL, LM. First report of a vaginal foreign body perforating into the retroperitoneum. *American Journal of Obstetrics Anal Gynecology*, 1995, 173(3) : 962-964.
415. OLIVEIRA JUNIOR, WM., & NAJJAR ABDO, CH. Comportamentos sexuais não convencionais e associação coç parâmetros de saúde físicam mental e sexual: um estudo em 18 grandes cidades brasileiras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2010, 32(3).
416. OLIVER, M. *Understanding Disability: From Theory to Practice*. 2nd Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009. 232 p. ISBN: 978-0230220287.
417. OOI, BS., HO, YH., EU, KW., NYAM, D., LEONG, A., SEOW-CHOEN, F. Management of anorectal foreign bodies : a cause of obscure anal pain. *Australian & New Zealand Journal of Surgery*, 1998, 68(12) : 852-855.
418. OPPENHEIMER, A. Au-delà de la sexualité. In FINE, A., LE GUEN, A., & OPPENHEIMER A. (éd). *Les troubles de la sexualité*. Paris : PUF. 192 p. ISBN : 978-2130450313.
419. ORTEGO, N., MILLER, BM., ITABASHI, H., [et al.]. Altered sexual behavior with multiple sclerosis: A case report. *Neuropsychiatry, Neuropsychology & Behavioral Neurology*, 1993, 6:260-264.
420. OWEN, WF Jr. The clinical approach to the homosexual patient. *Annals of Internal Medicine*, 1980, 93:90-92.
421. OWEN WF, Jr. Medical Problems of the homosexual adolescent. *Journal of Adolescent Health Care*, 1985, 6:278-285.
422. OZMEN, M., ERDOGAN, A., DUVENCI, S., OZYURT, E., & OZKARA, C. Excessive masturbation after epilepsy surgery. *Epilepsy and Behavior*, 2004, 5: 133-136.

423. PARAT, C. A propos de la co-excitation libidinale. *Revue française de psychanalyse*, 1987, 51 : 925-935.
424. PARESH, D., BHARGAVA, P. Hypersexuality following subthalamic nucleus stimulation for Parkinson's disease: a case report. *Neurology India*, 2008, 56(4): 474-476.
425. PEART, JF. A case of foreign body in the rectum. *The Lancet*, septembre 1916, pp. 558-559.
426. PEDINIELLI, JL. *Les nevroses*. 2ème éd. St-Jean de Braye: Armand Colin, 2010. 127 p. ISBN: 978-2-200-24615-0.
427. PEET, TN. Removal of impacted rectal foreign body with obstetric forceps. *British Medical Journal*, 1976, 1: 500-501.
428. PENOT, B. *Figures du déni: en deça du négatif*. Ed. Toulouse: Erès, 2001. 287 p. ISBN: 2-7492-0178-0.
429. PERRIER, F. *L'alcool au singulier*. Ed. France : Interéditions, 1998. 187 p. ISBN : 978-2729600129.
430. PERRON-BORELLI, M., & PERRON, R. *L'examen psychologique de l'enfant*. 7^{ème} Ed. Paris : PUF. 272 p. ISBN : 978-2130458142.
431. PERRUCHON, M. *Le déclin de la vie psychique*. Ed. Paris : Dunod, 1994. 164 p. ISBN : 978-2100020690.
432. PERSAUD, M. *The Developing Human*. 7th Ed. Philadelphia: Saunders, 2003. 560 p. ISBN: 0-7216-9412-8.
433. PEZZELLA, FR. COLOSIMO, C., VANACORE, N., [et al.]. Prevalence and clinical features of hedonistic homeostatic dysregulation in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2005, 20: 77-81.
434. PFAUS, JG. Homologies of animal and human sexual behaviors. *Hormones and Behavior*, 1996, 30: 187-200.
435. PFAUS, JG. Neurobiology of sexual behavior. *Current Opinion in Neurobiology*, 1999, 9: 751-758.
436. PFEIFFER, E., WANG, HS. The Natural History of Sexual Behavior in Biologically Advantaged Group of Aged Individuals. *The Journal of Gerontology*. 1968, 24(2): 193-198.
437. PHILIPPE, G., & CAPPELLETTI MC. Troubles ano-rectaux: intérêt d'une rééducation spécialisée. *Kiné actualité*, 2010, 18-21.
438. PINKERTON, SD., BOGART, LM., CECIL, H., & ABRAMSON, PR. Factors associated with masturbation in a collegiate sample. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2002, 14: 103-121.
439. PINKERTON, SD., MARTIN, JN., ROLAND, ME., KATZ, MH., COATES, TJ., & KAHN, JO. Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164(1) : 46-54.
440. PIRLOT, G., & PEDINIELLI, JL. *Les perversions sexuelles et narcissiques*. 2ème éd. Paris: Armand Colin, 2010. 127 p. ISBN: 978-2-200-35511-1.
441. PIRON, A. *Ode à priape*. Ed. La Ramée: de la Plume, 1956. XII pp.
442. PLATON. *Les Lois*. Ed. De poche, Paris: Gallimard, 1997. 395 p. ISBN: 978-2070329755.
443. POECK, K., PILLERI, G. Release of hypersexual behaviour due to lesion in the limbic system. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1965, 41:233-244.

444. POKIESER, H. Roentgenologischer Nachweis verschluckter Rauschgiftpackeckchen (body packing). Richtlinien für das Zentrale Institut für Radiodiagnostik Universität Wien(1987). In : HERGAN, K., KOFER, K., & OSLER, W. (article) *Drug smuggling by body packing : what radiologists should know about it. European Radiology*, 14(4) : 736-742.
445. POLETTI, M., LUCETTI, C., & BONUCCELLI, U. Out-of-Control Sexual Behavior in an Orbitofrontal Cortex-Damages in Elderly Patient. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience*, 2010, 22:2.
446. PORRET, JM. *Auto-Erotismes, Narcissismes et Pulsions du Moi*. Ed. Paris: L'Harmattan, 2006. ISBN: 2-296-01487-9.
447. POU DAT, FX., JARROUSSE, N. *Le traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Ed. Paris : Masson, 1992. 272 p. ISBN : 978-2225826382.
448. PRAHLOW, JA. Suicide by intrarectal Gunshot Wound. *American Journal of Forensic Medicine & Pathologie*, 1998, 19(4): 356-361.
449. PRETTY, HG. An ink bottle in the rectum. *Canadian Medical Association Journal*, 1934, 31: 302-303.
450. PURVES, D., AUGUSTINE, GJ., FITZPATRICK D., [et al.]. *Neurosciences*, 2005 3ème éd. Bruxelles: De Boeck. 811p. ISBN: 978-2804147976.
451. QUAAS, J., LANIGAN, M., NEWMAN, D., MCOSKER, J., REVEKKA, B., MASON, C. Utility of the digital rectal examination in the evaluation of undifferentiated abdominal pain. *American Journal of Emergency Medicine*, 2009, 27: 1125-1129.
452. RACAMIER, PC. *Les schizophrènes*. Ed. Paris: Payot, 2001, 243 p. ISBN: 2-228-89427-3.
453. RADO, S. *Adaptational Psychodynamics*. Ed. Lanham: Jason Aronson, 1995. 306 p. ISBN: 978-1568215051.
454. RAJE, D. A complicated case of foreign body in the rectum: a case report and review. *The Internet Journal of Surgery*, 2006. 7(2).
455. RAKATOVAO, M., RAZAFIMAHATRATRA, R., RAKOTOMENA, SD., RAKOTO-RATSIMBA, HN. Aspects de la prise en charge des corps étrangers intra-rectaux dans les pays en développement. *Revue Tropicale de Chirurgie*, 2008, 2: 16-17.
456. REBELL, FG. The problem of foreign bodies in the colon and rectum. *American Journal of Surgery*, 1948, 76:678-686.
457. REID, RC., CARPENTER, BN., & LLOYD, TQ. Assessing psychological symptoms patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, 2009, 24: 47-63.
458. REMILLARD, GM., ANDERMANN, F., FRANCO TESTA, G., [et al.]. Sexual ictal manifestations predominate in women with temporal lobe epilepsy: A finding suggesting sexual dimorphism in the human brain. *Neurology*, 1983, 33:323-30.
459. RICHTER, RM., & LITTMAN, L. Endoscopic extraction of an unusual colonic foreign body. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1975, 22:40.
460. RINTALA, D. H., HOWLAND, C. A., NOSEK, M. A., BENNETT, J. L., YOUNG, M. E., FOLLY, C. C., [et al.]. Dating issues for women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 1997, 15 : 219-242.
461. RISCH, SC., & NEMEROFF, CB. Neurochemical alterations of serotoninergic neuronal systems in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1992, 53(suppl.) : 3-7.
462. RISPOLI, G., ESPOSITO, C., MONACHESE, TD., ARMELLINO, M. Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach : report of a case. *Disease of Colon & Rectum*, 2000, 43(11): 1632-1634.

463. RITCHIE K, KILDEA D, ROBINE JM. The relationship between age and the prevalence of senile dementia: a meta-analysis of recent data. *International Journal of Epidemiology*, 1992, 21(4) : 763-769.
464. RIVERA, LE., *Libido, Sexualité, Conseils*[en ligne]. Site web, décembre 2007. [consulté le 10/12/2010]<<http://www.libidosexualite.com/tag/spermatozoide/>>.
465. ROCHE, B., MICHEL, JM., DELEAVAL, J., PETER, R., MARTI, MC. Traumatic lesions of the anorectum. *Swiss Surgery*, 1998, (5) : 249-252.
466. ROCKLIN, MS., APELGREN, KN. Colonoscopic extraction of foreign bodies from above the rectum. *American Surgery*, 1989, 55(2) : 119-123.
467. RODRIGUES, GS., LOBO, DN. A foreign body in the rectum. *Indian Journal of Surgery*, 2010, 72 : 78.
468. RODRIGUEZ-HERMOSA, JL., CODINA-CAZADOR, A., RUIZ, B., [et al.]. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Disease*, 2007, 9 : 543-548.
469. ROEDER, F., ORTHNER, H., MÜLLER, D. The stereotaxic treatment of pedophilic homosexuality and other sexual deviations. In: HITCHCOCK, E., LAITINEN, L., VAERNET, K. (éds.). *Psychosurgery*. Springfield: Charles C. Thomas, 1972. pp. 87-111.
470. ROMITO, LM., MESNAGE, V., MALLETT, L., PILLON, B., GARGIULO, M., DU MONCEL, ST,[et al.]. Transient Mania with Hypersexuality after surgery for High frequency stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2002, 17 : 1371-1374.
471. ROSEN, MJ., COBB, WS., KERCHER, KW., SING, RF., HENIFORD, BT. Laparoscopic restoration of intestinal continuity after Hartmann's procedure. *American Journal of Surgery*, 2005, 189 : 670-674.
472. ROSOLATO G. Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme. In : AULAGNIER-SPAIRANI, P.[et al.] (éds.). *Le désir et la perversion*, Paris : Seuil, 1967.
473. ROSSI, D. *La DALA*[en ligne]. Conférence de presse dans le cadre du 96^e Congrès français d'urologie, Marseille : 2003. [consulté le 16 juin 2011]<http://www.urofrance.org/congres-et-formations/congres-francais-durologie/historique-des-congres-de-lafu>
474. ROWAN, RL., & GILLETTE, PJ. *The Gay Health Guide*. Ed. London : TBS, 1978. 239 p. ISBN : 978-0316313568.
475. RUBENSTEIN, EB., ENGEL, NL. Successful treatment of transvestic fetishism with sertraline and lithium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1996, 57(2) : 92.
476. RUBIN, DT., HERRERIAS, JM. Endoscopic removal of hollow colorectal foreign bodies with the use of a balloon catheter. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009, 69(3) : 604-605.
477. RUFF, RL. Orgasmic epilepsy. *Neurology*, 1980, 30:1252.
478. RUIZ DEL CASTILLO, J., SELLÉS DECHENT, R., MILLAN SCHEIDING, M., ZUMARRAGA NAVAS, P., ASECIO ARANA, F. Colorectal trauma caused by foreign bodies introduced during sexual activity: diagnosis and management. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 2001, 93(10) : 631-634.
479. RUSSELL, ST., CONSOLACION, TB. Adolescent romance and emotional health in the United States : beyond binaries. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2003. 32(4) : 499-508.
480. RYAN, JE. Proctologic oddities. *South Medical Journal*, 1954, 47: 770-773.
481. SAFIOLEAS, M., STAMATAKOS, M., SAFIOLEAS, C., CHATZICONSTANTINO, C., PAPACHRISTODOULOU, A. The management of patients with retained foreign bodies in the rectum: from surgeon with respect. *Acta Chirurgica Belgica*, 2009, 109(3): 352-355.
482. SAGHIR, MT., & ROBINS, E. Male and female homosexuality : Natural history. *Comprehensive*

Psychiatry, 1971, 12(6) : 503-510.

483. SAKELLARIOU, D., & ALGADO SS. Sexuality and Disability: a Case of Occupational Injustice. *British Journal of Occupational Therapy*, 2006, 69(2): 69-76.

484. SANDEL, ME., WILLIAMS, KS., DELLAPIETRA, L., DEROGATIS, LR. Sexual functioning following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 1996, 10: 719-728.

485. SANDFORT, TGM, DE GRAFF, R., BIJL, RV., & SCHNABEL, P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders; Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58: 85-91.

486. SANDFORT, TGM, DE GRAFF, R., BIJL, RV. Same-sex sexuality and quality of life: Findings from the Netherland Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32(1): 15-22.

487. SANDFORT, TGM., BAKKER, F., SCHELIEVIS, FG., & VANWESENBEECK, I. Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(6): 1119-1125.

488. SANDHU, AS., & RAO, P. Severe intraperitoneal injuries due to self introduced rectal foreign body. *Indian Journal Surgery*, 2008, 70: 86-88.

489. SAPHO. *Poèmes de Sapho*. Ed. Paris : Tchou/Vertigo, 1976.

490. SARREL, P., DOBAY, B., WIITA, B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. *Journal of Reproductive Medicine*, 1998, 43: 847-856.

491. SASAKI, LS., ALLABEN, RD., GOLWALA, R., MITTAL, VK. Primary repair of colon injuries: a prospective, randomized study. *Journal of Traumatology*, 1995, 39: 895-901.

492. SAULEAU, P. *Physiologie des émotions et de la motivation*. Polycopié de l'institut des Neurosciences clinique de Rennes. 47 p.

493. SCAMAHORN, MO. Unusual foreign body in the rectum. *American Journal of Proctology*, 1956, 7:499-502.

494. SCHILLER, von F. *Extraits des poésies lyriques*. Ed. Paris: Hatier, 1935. 69p.

495. SCHOFIELD, PF. Foreign bodies in the rectum: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1980, 73: 510-513.

496. SCHOVER, LR. *Prime time: sexual health for men over fifty*. Ed. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1984. 254 p. ISBN: 978-0030640285

497. SEMENS, JF., WAGNER, G. Estrogen deprivation and hormonal function in postmenopausal women. *Journal of American Medical Association*, 1982, 445 : 248-253.

498. SHAKESPEARE, T. The sexual politics of disabled masculinity. *Sexuality and Disability*, 1999, 17(1): 53-54.

499. SHARMA, H., BANKA, S., WALTON, R., MEMON, MA. A novel technique for nonoperative removal of round rectal foreign bodies. *Techniques in Coloproctology*, 2006, 11: 58-59.

500. SHEARD, MH. The effects of p-chlorophenylalanine on behavior in rats: Relation to brain serotonin and 5-hydroxyindole acetic acid. *Brain Research*, 1969, 23: 524-528.

501. SILVERBERG, D., MENES, TEHILLAH., KIM, U. Surgery for "Body Packers" – a 15-year Experience. *World Journal of Surgery*, 2006, 30: 541-546.

502. SILVERS, B. Sexuality, early-onset physical disability, and sense of coherence. *Dissertation Abstracts International Section B : The Sciences and Engineering*, 1997, 57 : 7743.
503. SINGAPOREWALLA, RM., TAN, DE., TAN, TK. Use of endoscopic snare to extract a large rectosigmoid foreign body with review of literature. *Surgery, Laparoscopy & Endoscopic Percutaneous Techniques*, 2007, 17(2) : 145-148.
504. SINGER, MA., NELSON, RL. Primary repair of penetrating colon injuries : a systematic review. *Disease of Colon & Rectum*, 2002, 45 :1579-1587.
505. SIU, FL., SIN, HW., LOK, SL., IN, CL., ANDREW, WCY. Traumatic rectal perforation by an eel. *Surgery*, 2004, 135 : 110-111.
506. SJOGREN, K., DAMBER, JE., & LILIEQUIST, B. Sexuality after stroke with hemiplegia. I. Aspects of sexual function. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1983, 15 : 55-61.
507. SOARES ROTTA, AH., MOREIRA NUNES, MC., & MONTEIRO COSTA, LM. Jovens portadores de deficiência : sexualidade e estigma. *Ciência & Saude Coletiva*, 2008, 13(1).
508. SOHAIL, S. CT Scan of body packers : findings and costs. *Journal of Pakistan Medical Association*, 2007, 57(8):400-403.
509. SOHN, N., ROBILOTTI, JG. The Gay Bowel Syndrome: A review of colonic and rectal conditions in 200 male homosexuals. *Annals of Gastroenterology*, 1977,67 : 478.
510. SOHN, N., WEINSTEIN, MA, GONCHAR, J. Social injuries of the rectum. *American Journal of Surgery*, 1977, 134(5) : 611-612.
511. SOSA, JL., SLEEMAN, D., PUENTE, I., MCKENNY, MG., HARTMANN, R. Laparoscopic-assisted colostomy closure after Hartmann's procedure. *Disease of Colon & Rectum*, 1994, 37 : 149-152.
512. SOWADSKY, R. *Fisting : Is Fisting Safe Sex*[en ligne].Rapport d'expert. Juin 1996. [consulté le 18/02/2011]<<http://www.thebody.com/Forums/AIDS/SafeSex/Archive/TransmissionSexual/Q9192.html>>.
513. SPENCER, SS., SPENCER, DD., WILLIAMSON, PD., [et al.].Sexual automatisms in complexpartial seizures. *Neurology*, 1983, 33:527-533.
514. SPITZ, R. « Hospitalisme : genèse des conditions psychiatriques dans la prime enfance. » *Étude psychanalytique de l'enfant*,1945. 1 : 53-74.
515. STEENVOORDE, JP., TOLLENAAR, RAEM. Retained Foreign Body in a 14-Year-Old Boy. *Journal of Pediatric Surgery*, 2003, 38(10): 1554-1556.
516. STEINMAN, E., CUNHA, IC., BRANCO, PD., BEVILACQUA, RG., BIROLINI, D. Traumatic rectal injuries. *Arquivos de Gastroenterologia*, 1990, 27(3): 120-125.
517. STOLLER, RJ. *La perversion: Forme érotique de la haine*. Ed. Paris: Payot, 2007. 298 p. ISBN: 978-2-228-90152-9.
518. STOLLER, RJ. *L'excitation sexuelle: dynamique de la vie érotique*. Éd. Paris: Payot, 2000. 342 p. ISBN: 2-228-89322-6.
519. SUBBOTIN, VM., DAVIDOV, MI., FAINSHTEIN, AV., ABDRAHIMOV, RR., RYLOV, LUL., SHOLIN, NV. Foreign bodies of the rectum. *Vestnik Khirurgii Imeni I Grekova*, 2000, 159(1): 91-95.
520. TAGLIAMONTE, A., TAGLIAMONTE, P., GESSA, GL., & BRODIE, BB. Compulsive sexual activity induced by p-chlorophenylalanine in normal and pinealectomized rats. *Science*, 1969, 166: 1433-1435.
521. TALEPOROS, G., & MCCABE, M.P. Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability*,

2001, 19 : 131-148.

522. TALEPOROS, G., & MCCABE, M. P. Body image and physical disability : Personal perspectives. *Social Science and Medicine*, 2002, 54 : 971-980.

523. TALEPOROS, G., & MCCABE, M. P. Development of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale. *Sexuality and Disability*, 2002, 20 : 159-183.

524. TAMHANE, U., ALLEN, S., MADDENS, M. Pseudo-obstruction due to foreign body : importance of good physical examination. *Journal of American Geriatrics Society*, 2008, 56(5) : 952-953.

525. TARNASKY, PR., NEWCOMER, MK., BRANCH, MS. Colonoscopic diagnosis and treatment of chronic chicken bone perforation of the sigmoid colon. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1994, 40 : 373-375.

526. TEPPER, M. S. Living with a disability : A man's perspective. In : SIPSKI, ML., & ALEXANDER, CJ. *Sexual function in people with disability and chronic illness : A health professional's guide*, 1997. pp. 131-141.

527. THAL, ER., YEARY, EC. The morbidity of colostomy closure following colon trauma. *Journal of Traumatology*, 1980, 20 : 287-291.

528. THOMPSON, D. *Difficult sexual behaviour amongst men and boys with learning disabilities* [en ligne]. The Challenging Behaviour Foundation Website, 2008. [consulté le 18/10/2010] <<http://theCBF.org.uk>>.

529. TIIHONEN, J., KUIKKA, J., KUPILA, J., [et al.]. Increase in cerebral blood flow of right prefrontal cortex in man during orgasm. *Neuroscience Letters*, 1994, 170 : 241-243.

530. TISSOT, S. Essai sur les maladies produites par la masturbation. In : JASPARD, M. *Sociologie des comportements sexuels*. Nouvelle Ed. France: La Découverte, 2005. 122 p. ISBN: 978-2707-1458-19.

540. TOMASSINI, M. De l'emprise à la perversion. *Revue française de psychanalyse*, 1992, 56 (n° spécial congrès) : 1615-1628.

541. TOONE, B. Sex, sexual seizures and the female with epilepsy. In: TRIMBLE, MR. (éds.). *Women and epilepsy*. West Sussex: John Wiley & Sons, 1991. pp. 201-206.

542. TOONE, B.. Epilepsy and sexual life. In: HOPKINS, A., SHORVON, S., CASCINO, G. (éds.). *Epilepsy*. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1995. pp. 557-564.

543. TORAN-ALLERAND, CD. Novel sites and mechanisms of oestrogen action in the brain. *Novartis Foundation Symposium*, 2000, 230 : 56-69.

544. TSAI, SJ., HWANG, JP., YANG, CH., LIU, KM., LIRNG, JF. Inappropriate sexual behaviors in dementia : a preliminary report. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 1999, 13 : 60-62.

545. URIBE, VM. Psychiatric symptoms and brain tumor. *American Family Physician*, 1986, 34 : 95-98.

546. UTECHT, MJ., STONE, AF., MCCARRON, MM. Heroin body packers. *Journal of Emergency Medicine*, 1993, 11 : 33-40.

547. VAERNET, K., MADSEN, A. Sterotaxic amygdalotomy and basofrontal tractotomy in psychotics with aggressive behaviour. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1970, 33 : 858-863.

548. VALLEUR M, Jeu pathologique et personnes âgées. In : FERNANDEZ, L. [et al.] (éds). *Les Addictions du Sujet âgé*. Paris: In Press, 2009. P. 114. ISBN: 978-2-84835-177-3.

549. VASHIST, MG., ARORA, AL. Screwing a carrot out of the rectum. *Indian Journal of Gastroenterology*, 1997, 16 : 120.

550. VAUGHN, AM. & MARTIN, JA. Foreign body (case knife) in the sigmoid. *Journal of the American Medical Association*, 1946, 130 : 29-30.

551. VELMAHOS, GC., DEGIANNIS, E., WELLS, M., SOUTER, I., SAADIA, R. Early closure of colostomies in trauma patients – a prospective randomized trial. *Surgery*, 1995, 118 : 815-820.
552. VEMULA, NR., MADARIAGA, J., BRAND, DL., HERSHEY, H. Colonoscopic removal of a foreign body causing colocutaneous fistulas. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1982, 28 : 195-196.
553. VENETTE, N. *La Génération de L'Homme, Ou Tableau de l'Amour Conjugal, Considéré Dans l'Etat du Mariage*. Nouvelle Ed. Gale Ecco: Print Editions, 2010. 420 p. ISBN: 978-1170684-726.
554. VEYRIE, N., SERVAJEAN, S., AISSAT, A., CORIGLIANO, N., ANGELAKOV, C., BOUILLLOT, JL. Value of a Systemic Operative Protocol for Cocaine Body Packers. *World Journal of Surgery*, 32 : 1432-1437.
555. VINCENZI, R., CRUZ JR. RJ. (2008). Transanal Small Bowel Evisceration : An unusual Presentation of Rectal Impalement. *European Journal of Traumatology & Emergency Surgery*, 6 : 606-608.
556. VOON, V., HASSAN, K., ZUROWSKI, M. [et al.]. Prospective prevalence of pathologic gambling and medication association in Parkinson disease. *Neurology*, 2006, 66 : 1750-1752.
557. WACKERLE, B., RUPP, N., CLARMANN, M VON, KAHN, T., HELLER, H., FEUERBACH, S. Demonstration of narcotic packages in « body packers » by various Imaging methods ; In vitro and in vivo investigations. *Fortschr Roentgenstr*, 1986, 145 : 274-277.
558. WAGNER, J. Foreign bodies in rectum. *American Journal of Surgery*, 1937, 36 :266.
559. WANG, LT., WU, CC., HSIAO, CW., FENG, CC., CHANG, CF., JAO, SW. Steel bar penetrating injury of rectum and vertebral body without severe morbidities : report of a case. *Disease of Colon & Rectum*, 2009, 52(2) : 346-348.
560. WARAICH, NG., HUDSON, JS., IFTIKHAR, SY. Vibrator-induced fatal rectal perforation. *New Zealand Medical Journal*, 2007, 120(1260) : U2685.
561. WARNEKE, LB. A case of temporal lobe epilepsy with an orgasmic component. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1976, 21:319-324.
562. WELLDON, E. *Mother, Madonna, Whore*. Ed. London : Karnac Bookd, 1992. 179 p. ISBN : 978-185575341-9.
563. WETLI, CV., MITTLEMAN, RE. The 'body-packer syndrome' – Toxicity following ingestion of illicit drugs packaged for transportation. *Journal of Forensic Science*, 1981, 26 : 492-500.
564. WHITE, MJ., RINTALA, DH., HART, KA., FUHRER, MJ. Sexual activities, concerns and interests of women with spinal cord injury living in the community. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1993. 72(6): 372-378.
565. WHITE, RA., DOWLER, LL., PASZTOR, LM.,[et al.]. Assignment of the transcription factor GATA4 gene to human chromosome 8 and mouse chromosome 14 : Gata4 is a candidate gene for disorganization. *Genomics*, 27(1) : 20-26.
566. WIDLOCHER, D. *Sexualité infantile et attachement*. Ed.: Paris: PUF. 233 p. ISBN: 2-13-050682-8.
567. WIGLE, RL. Emergency department management of retained rectal foreign bodies. *American Journal of Emergency Medicine*, 1988, 6 : 385-389.
568. WILCOCK, A. *An Occupational Perspective of Health*. 2nd Ed. Philadelphia: Slack Incorporated, 2006. 384 p. ISBN: 978-1556427541.
569. WILKERSON, A. Disability, Sex Radicalism, and Political Agency. *National Women's Studies Association Journal*, 2002, 14(3) : 33-57.
570. WILLIAMSON, PD., SPENCER, DD., SPENCER, SS., [et al.].Complex partial seizures offrontal origin.

Annals of Neurology, 1985,18:497-504.

571. WINDER, E, *Disability and sexuality*.In Gouvernement d'Australie du Sud, Information for students [en ligne]. Site web informatif des services de santé d'Australie, avril 2010 [consulté le 06/01/2011]<http://www.stdservices.on.net/std/social_aspects/disability.htm>.
572. WINES, D. Exploring the applicability of criteria for substance dependence to sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1997, 4: 195-220.
573. WINNICOTT, DW. *Jeu et réalité*. Ed. Paris : Gallimard, 2002. 275 p. ISBN : 978-2070419845.
574. WINTERS, J., CHRISTOFF, K., & GORZALKA, BB. Dysregulated sexuality and heightened sexual desire: Distinct constructs? *Archives of Sexual Behavior*, 2010, 39(5): 1029-1043.
575. WOLF, L., & GERACI K. Coloscopic removal of balloons from the bowel. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1977, 24:41.
576. WOLFE, L. The Sexual Profile of the Cosmopolitan girl. *Cosmopolitan*, septembre 1980. pp 254-265.
577. WURMSER, L. *The Power of The Inner Judge: Psychodynamic Treatment of the Severe Neuroses*. 1st Ed. US: Jason Aronson, 2000. 356 p. ISBN: 978-0765701770.
578. YACOBI, Y., TSIVIAN, A., SIDI, AA. Emergent and surgical interventions for injuries associated with eroticism : a review. *Journal of Traumatology*, 62(6) : 1522-1530.
579. YAMAN, M., DEITEL, M., BURUL, CJ., SHAHI, B., HADAR, B. Foreign bodies in the rectum. *Canadian Journal of Surgery*, 1993, 36(2): 173-177.
580. YANG, RM., [et al.].Heroin body packing : clearly discerning drug packets using CT. *South Med Journal*, 2009, 102(5) : 450-451.
581. ZASLER, ND., HORN, LJ. Rehabilitative management of sexual dysfunction. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1990, 5 : 14-24.
582. ZEISS, AM, DAVIES, HD., TINKLENBERG, JR. An observational study of sexual behavior in demented male patients. *Journal of Gerontology Series A : Biological Sciences & Medical Science*, 1996, 51 : 325-329.
583. ZELIGMAN, BE., FEINBERG, LE., JOHNSON, ED. A complication of cleansing enema : retained protective shield of the enema tip. *Gastrointestinal Radiology*, 1986, 11(4) : 372-374.
584. ZIMMERS, TE. Body-cavity Concealment of Contraband : Cooperation Between the US Customs Service and the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 1986, 4(1) : 37-39

ANNEXES

**I.0. Echelle de Dyscomportement frontal (EDF)
De Lebert F & Pasquier F.**

Echelle utilisée dans les démences ayant un [MMS](#)≥18. Un point est attribué à la rubrique dès qu'un item est présent (score maximum=4).

1-Troubles du contrôle de soi:

hyperphagie
conduites alcooliques
désinhibition verbale
désinhibition comportementale
irritabilité, colères
troubles du contrôle des émotions: pleurs ou rires
instabilité psychomotrice

2-Négligence physique par rapport aux habitudes antérieures, portant sur:

hygiène corporelle
vêtements,(harmonie,propreté, indifférence aux tâches)
cheveux (coupe, propreté)

3-Troubles de l'humeur tristesse apparente

indifférence affective
hyperémotivité
exaltation

4-Manifestations d'une baisse d'intérêt

assoupissement diurne
apathie
désintérêt social
persévération idéique

I.1 Mini Mental Test

(version française soumise à consensus)

CONSIGNES DE PASSATION ET DE COTATION

ORIENTATION

- Pour tous ces items, n'accepter que la réponse exacte. Cependant, lors des changements de saison ou de mois, ou pour l'étage, permettre au patient de corriger une réponse erronée, en lui demandant : " **êtes-vous sûr ?** ".

- Les seules tolérances admises concernent :

* pour la question n°6 : lorsque le patient vient d'une autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du médecin.

** pour la question n°8 : lorsque le nom du département et de la région sont identiques (par exemple : NORD), il faut alors demander " **dans quel pays est situé ce département ?** "

- Chaque réponse juste vaut 1 point.

Si la réponse est fautive ou s'il n'y a pas de réponse, comptez 0 point.

- Accorder 10 secondes pour chaque réponse.

APPRENTISSAGE

- Dire les 3 mots groupés, un par seconde, face au malade en articulant bien

- Accorder 20 secondes pour la réponse

- Compter 1 point pour chaque mot répété correctement au premier essai.

- Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement. En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que si les 3 mots ont été bien enregistrés.

- Maximum : 6 essais

ATTENTION ET CALCUL

* Il faut donner au sujet le maximum de chances, car il s'agit d'une épreuve difficile même pour des sujets témoins. Pour cela, on donnera la consigne suivante :

" Maintenant, je vais vous demander de compter en arrière de 7 en 7 à partir de 100 : combien font 100 - 7 ? "

Si la réponse est incorrecte, le point n'est pas accordé et on corrige le sujet : " Non, c'est 93. Et maintenant, combien font 93 - 7 ? " ; et, ainsi de suite, pour les 5 soustractions.

** Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct : /_/

Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées **0 et 1**

sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 1 - En quelle année sommes-nous ? /_/_/
- 2 - En quelle saison ? /_/_/
- 3 - En quel mois ? /_/_/
- 4 - Quel jour du mois ? /_/_/
- 5 - Quel jour de la semaine ? /_/_/

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

- 6 - Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* /_/_/
- 7 - Dans quelle ville se trouve-t-il ? /_/_/
- 8 - Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?** /_/_/
- 9 - Dans quelle province ou région est située ce département ? /_/_/
- 10 - A quel étage sommes-nous ici ? /_/_/

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- 11 - Cigare ou citron ou fauteuil /_/_/
- 12 - Fleur clé tulipe /_/_/
- 13 - Porte ballon canard /_/_/

Répéter les 3 mots

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- 14 - 93 /_/_/
- 15 - 86 /_/_/
- 16 - 79 /_/_/
- 17 - 72 /_/_/
- 18 - 65 /_/_/

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers** : E D N O M

CONSIGNES DE PASSATION ET DE COTATION

RAPPEL

- Accorder 10 secondes pour répondre
- Compter 1 point par réponse correcte
- Aucune tolérance n'est admise, puisque l'encodage a été contrôlé lors de l'enregistrement

LANGAGE

- D'une façon générale : compter 1 point par réponse correcte et accorder 10 secondes pour chaque réponse.

* Il faut montrer un crayon (et non un stylo ou un stylo à bille). Aucune réponse autre que crayon n'est admise.

** Aucune autre réponse que montre ou montre-bracelet n'est admise.

*** La phrase doit être prononcée à haute voix, bien distinctement, face au malade ; ne compter 1 point que si la répétition est entièrement correcte.

**** Compter 1 point par item correctement exécuté. Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire : " **faites ce que je vous ai dit** " .

***** Compter 1 point si la phrase comprend un sujet et un verbe, sans tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe. Accorder 30 secondes.

PRAXIES CONSTRUCTIVES

Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents. On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps en minute.

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19 - Cigare ou citron ou fauteuil /_/_/

20 - Fleur ou clé ou tulipe /_/_/

21 - Porte ou ballon ou canard /_/_/

LANGAGE

22 - Montrer un crayon

Quel est le nom de cet objet ?* /_/_/

23 - Montrer votre montre

Quel est le nom de cet objet ?** /_/_/

24 - **Ecoutez bien et répétez après moi : " PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET "***** /_/_/

25 - Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : **" écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :**

- prenez cette feuille de papier avec la main droite, /_/_/

26 - **pliez-la en deux /_/_/**

27 - **et jetez-la par terre . ***** /_/_/**

28 - Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : " FERMEZ LES YEUX " et dire au sujet :

" faites ce qui est écrit " /_/_/

29 - Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

" Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. *** /_/_/**

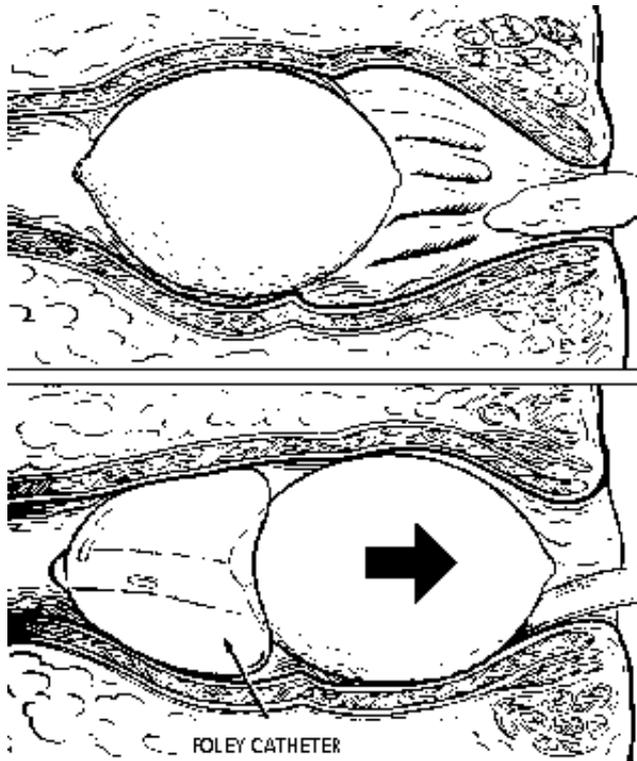
PRAXIES CONSTRUCTIVES

30 - Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

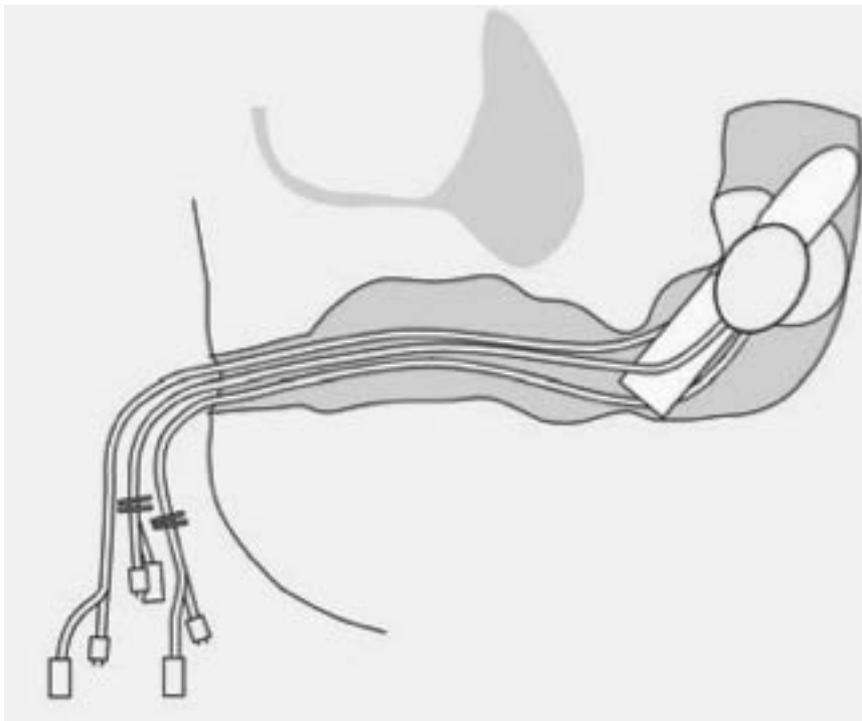
" voulez-vous recopier ce dessin " /_/_/

SCORE TOTAL (0 À 30)/_/_/

II.0. Techniques de retrait avec cathéter de Foley :

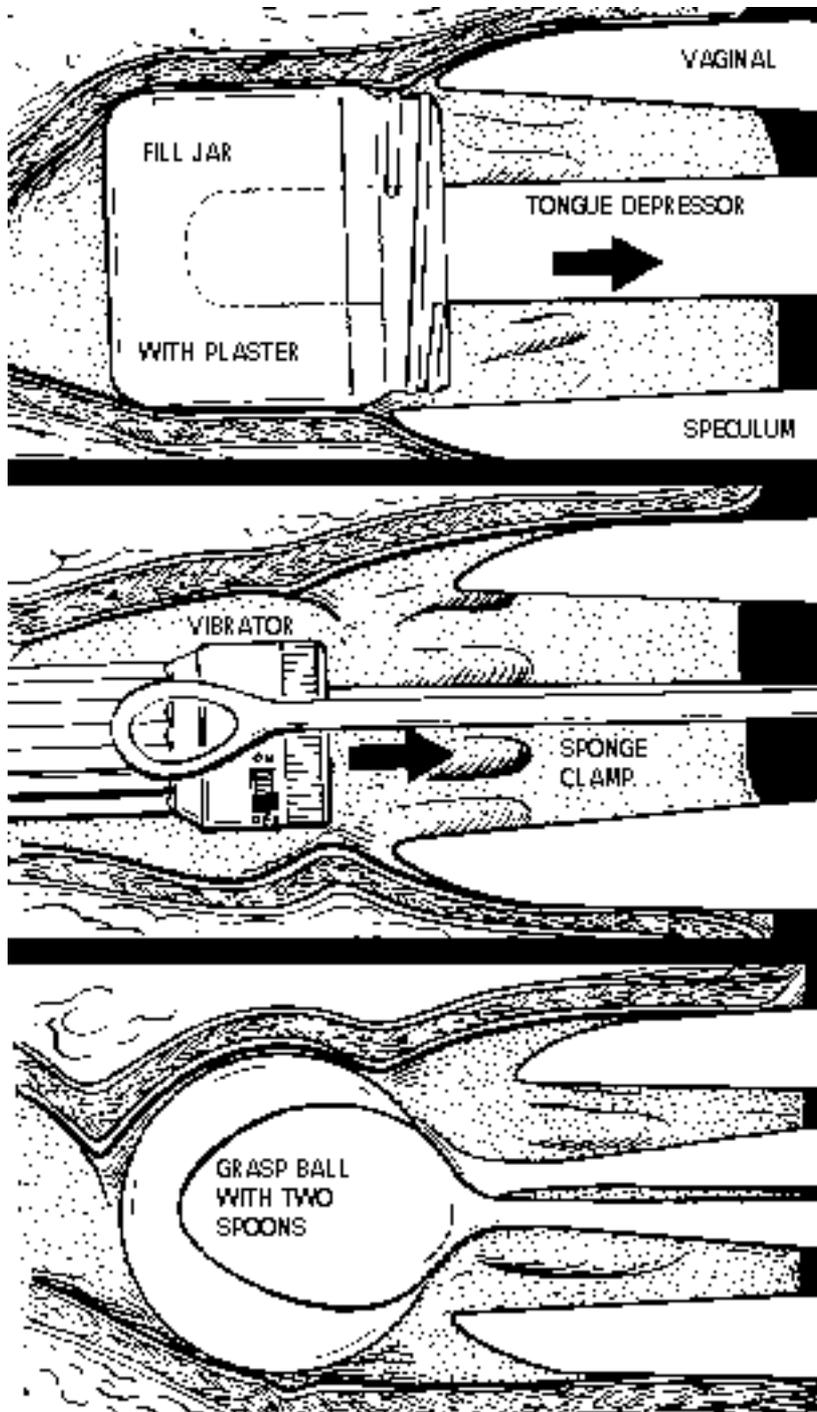


[353]



[353]

II.1. Techniques d'extraction pour creux, cylindriques et sphériques :



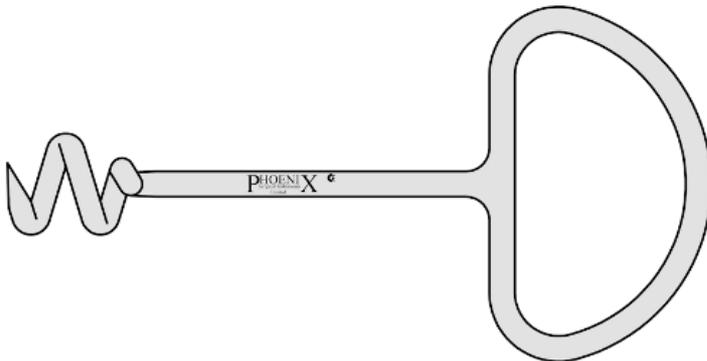
[121]

III.0. Instruments pouvant servir à extraire les corps étrangers :

a) Forceps de Kielland:



b) Tracteur hélicoïdal de Doyen :



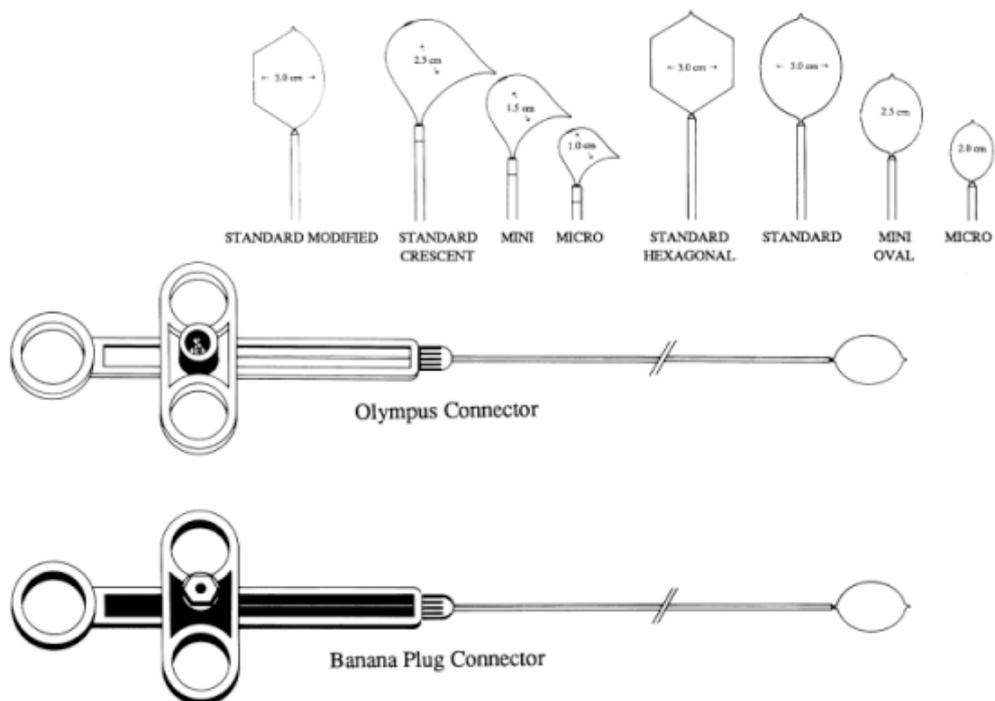
c) Forceps à dents de rat:



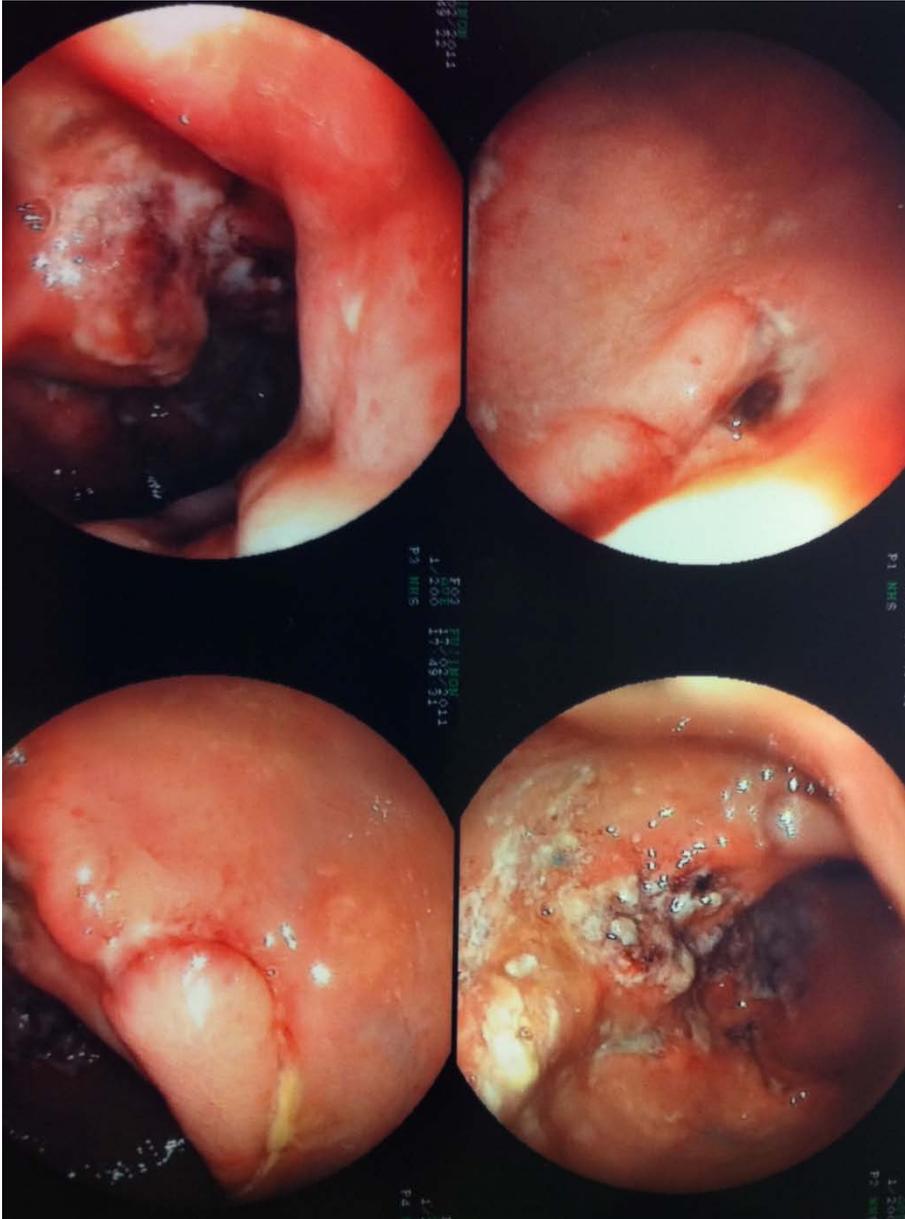
d) Spatule vaginale:



e) Laceaux endoscopiques:



IV.0. Lésions de la muqueuse rectale par manche à balai :



(Images prises à l'hôpital Jean-Monnet ; gracieuseté du Dr. C. Arnould)

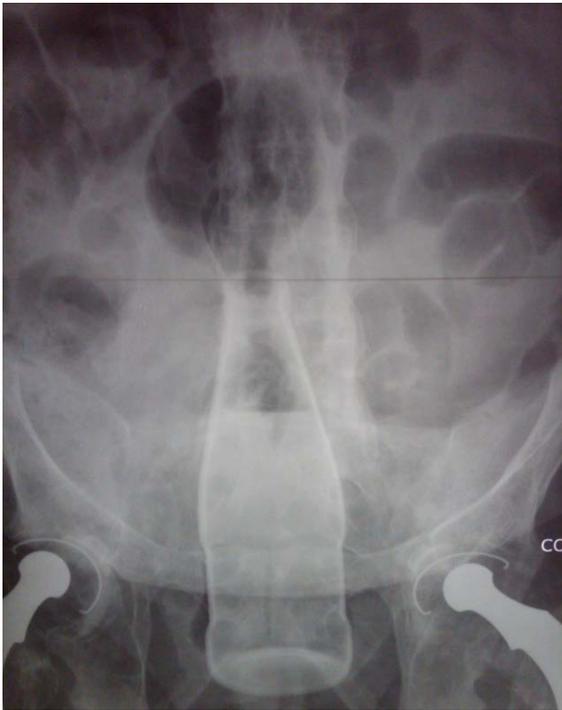
V.0. Radiographies de corps étrangers :



Godemichet à pile (Lyon)



Boule de pétanque (Lyon)



Bouteille de 1664 (Lyon)



Pot à tabac (Epinal)

Contenu du CD-Rom



Table REQ_PatientDivers

Ide ntifiant	Date de naissance	Age	Sexe	Nb Traitement	Patient travail	Cancer?	Hypertension?	De Trauma crânien et/ou	Chirurgie crânienne?	Psychiatriques?	Dyslipidémie?	Diabète?	Dépression?	Maladie auto-immune ou	Statut marital	Type habitation	Centre
1	01/01/1929	82	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLAGE	LYON
2	20/04/1949	61	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	PETITVILLA	LYON
3	27/05/1941	69	Ho	2	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
4	19/10/1980	30	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
5	11/12/1922	88	Ho	3	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	VEUF	VILLE	LYON
6	01/01/1932	79	Fe	2	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	DIVORCE	VILLE	LYON
7	29/09/1958	52	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
8	18/02/1960	51	Ho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	HOMOSEXU	VILLE	LYON
9	06/01/1964	47	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	PETITEVILL	LYON
10	03/08/1953	57	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
11	30/01/1968	43	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
12	11/01/1938	73	Ho	0	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
13	30/09/1948	62	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLE	LYON
14	18/08/1942	68	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	VEUF	VILLE	LYON
15	13/09/1986	24	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
16	18/06/1983	27	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
17	12/09/1950	60	Ho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	DIVORCE	VILLE	LYON
18	17/04/1962	48	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
19	16/07/1948	62	Ho	5	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	INCONNU	PETITVILLA	LYON
20	15/04/1954	56	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
21	29/05/1944	66	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
22	16/03/1966	45	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON

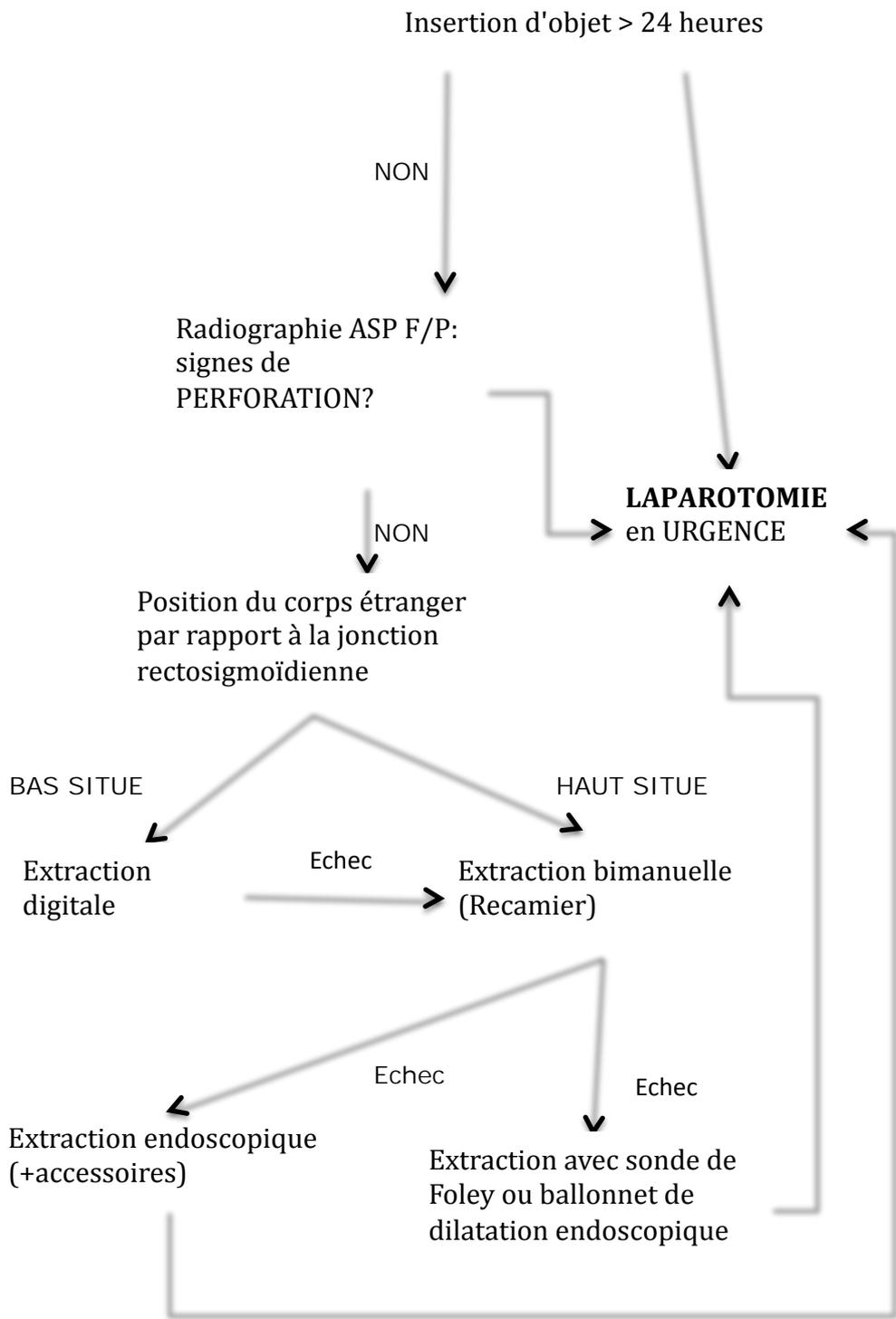
Ide ntifiant	Date de naissance	Age	Sexe	Nb Traitement	Patient travail	Cancer?	Hypertension?	De Trauma crânien et/ou	Chirurgie crânienne?	Psychiatriques?	Dyslipidémie?	Diabète?	Dépression?	Maladie auto-immune ou	Statut marital	Type habitation	Centre
23	05/06/1944	66	Ho	>7	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
24	27/05/1946	64	Ho	3	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	DIVORCE	VILLE	LYON
25	10/02/1963	48	Ho	2	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
26	15/03/1949	62	Ho	5	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLAGE	LYON
27	23/06/1947	63	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	LYON
28	30/06/1973	37	Fe	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
29	01/07/1975	35	Ho	1	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
30	06/06/1954	56	Ho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
31	14/07/1945	65	Ho	2	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	DIVORCE	VILLE	LYON
32	13/07/1959	51	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	PETITEVILL	LYON
33	15/01/1946	65	Ho	4	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	HETEROSEX	VILLE	LYON
34	31/07/1941	69	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	DIVORCE	PETITEVILL	LYON
35	30/10/1965	45	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	PETITEVILL	LYON
36	14/02/1961	50	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLE	LYON
37	18/05/1935	75	Ho	1	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLE	LYON
38	29/05/1965	45	Ho	3	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	LYON
39	11/08/1963	47	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLAGE	LYON
40	23/11/1955	55	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	PETITEVILL	LYON
41	06/03/2967	0	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	PETITVILLA	LYON
42	02/02/1963	48	Ho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLE	LYON
43	15/03/2005	6	Ho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	MARIE	VILLE	LYON
44	06/11/1975	35	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	PETITEVILL	LYON
45	17/08/1980	30	Fe	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	PETITEVILL	NANCY
46	01/06/1983	27	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	NANCY
47	07/09/1972	38	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	HOMOSEXU	VILLE	NANCY

Ide ntifiant	Date de naissance	Age	Sexe	Nb Traitement	Patient travail	Cancer?	Hypertension?	De Trauma crânien et/ou	Chirurgie crânienne?	Psychiatriques?	Dyslipidémie?	Diabète?	Dépression?	Maladie auto-immune ou	Statut marital	Type habitation	Centre
48	17/11/1976	34	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLAGE	NANCY
49	28/03/1948	63	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	MARIE	PETITVILLA	NANCY
50	25/04/1953	57	Ho	2	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	NANCY
51	23/06/1960	50	Ho	2	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLAGE	NANCY
52	17/03/1973	38	Ho	1	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	INCONNU	PETITEVILL	NANCY
53	30/01/1958	53	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLAGE	EPINAL
54	17/10/1942	68	Ho	3	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	MARIE	VILLAGE	EPINAL
55	08/03/1981	30	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLAGE	EPINAL
56	13/05/1980	30	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	PETITEVILL	EPINAL
57	21/04/1959	51	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	PETITVILLA	EPINAL
58	20/04/1926	84	Ho	>7	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	VEUF	PETITEVILL	EPINAL
59	07/09/1946	64	Ho	4	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	DIVORCE	PETITEVILL	EPINAL
60	07/09/1946	64	Ho	4	<input type="checkbox"/>	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU			
61	__/__/____	0	Ho	0	<input type="checkbox"/>	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU			
62	07/09/1946	64	Ho	0	<input type="checkbox"/>	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU			
63	11/07/1956	54	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLAGE	DIJON
64	02/07/1975	35	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLAGE	DIJON
65	25/06/1959	51	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	DIJON
66	25/01/1984	27	Fe	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	HETEROSEX	VILLE	DIJON
67	26/09/1955	55	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	MARIE	VILLE	DIJON
68	26/09/1955	55	Ho	0	<input type="checkbox"/>	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU			
69	26/09/1955	55	Ho	0	<input type="checkbox"/>	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU	INCONNU			
70	24/03/1973	38	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	MARIE	VILLAGE	DIJON
71	21/03/1968	43	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	DIJON
72	11/04/1966	45	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLAGE	DIJON

Identifiant	Date de naissance	Age	Sexe	Nb Traitement	Patient travail	Cancer?	Hypertension?	De Trauma crânien et/ou	Chirurgie crânienne?	Psychiatriques?	Dyslipidémie?	Diabète?	Dépression?	Maladie auto-immune ou	Statut marital	Type habitation	Centre
73	29/12/1989	21	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	DIJON
74	02/07/1975	35	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	DIJON
75	21/06/1956	54	Ho	3	<input type="checkbox"/>	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	DIJON
76	11/07/1947	63	Fe	>7	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	VEUF	VILLE	DIJON
77	07/02/1989	22	Ho	0	<input type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	CELIBATAIR	VILLE	DIJON
78	25/06/1959	51	Ho	0	<input checked="" type="checkbox"/>	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	INCONNU	VILLE	DIJON

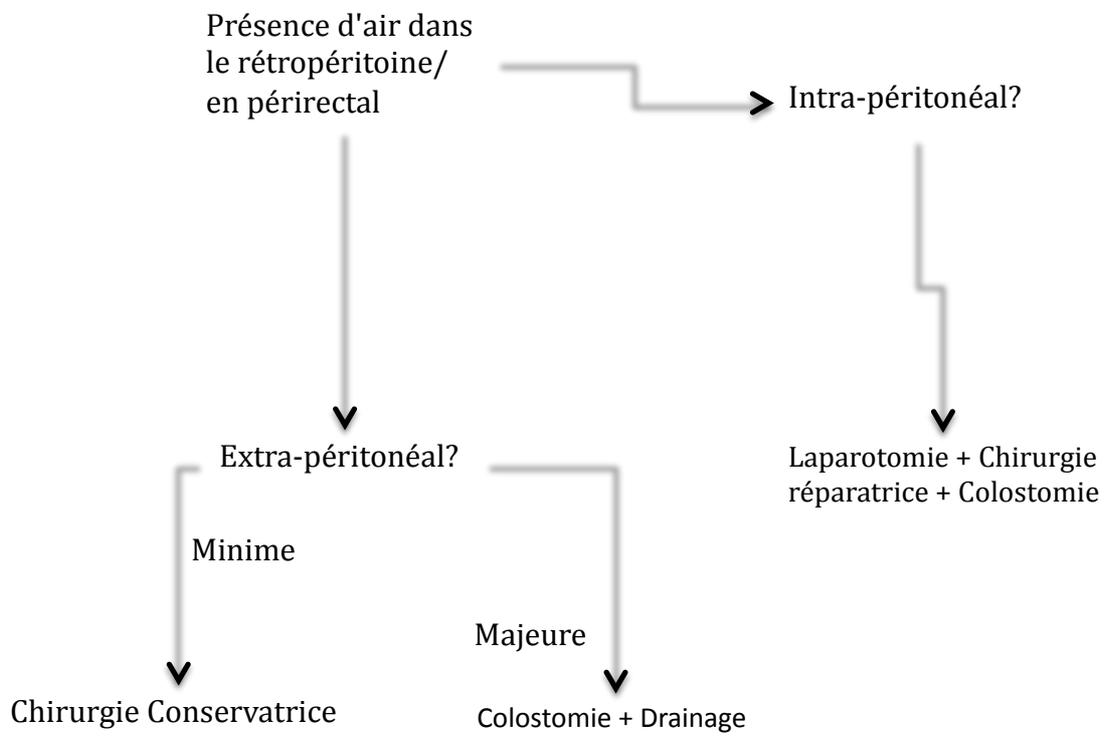
Nombre de lignes : 78,00

Algorithme pour extraction de corps étranger intra-rectal

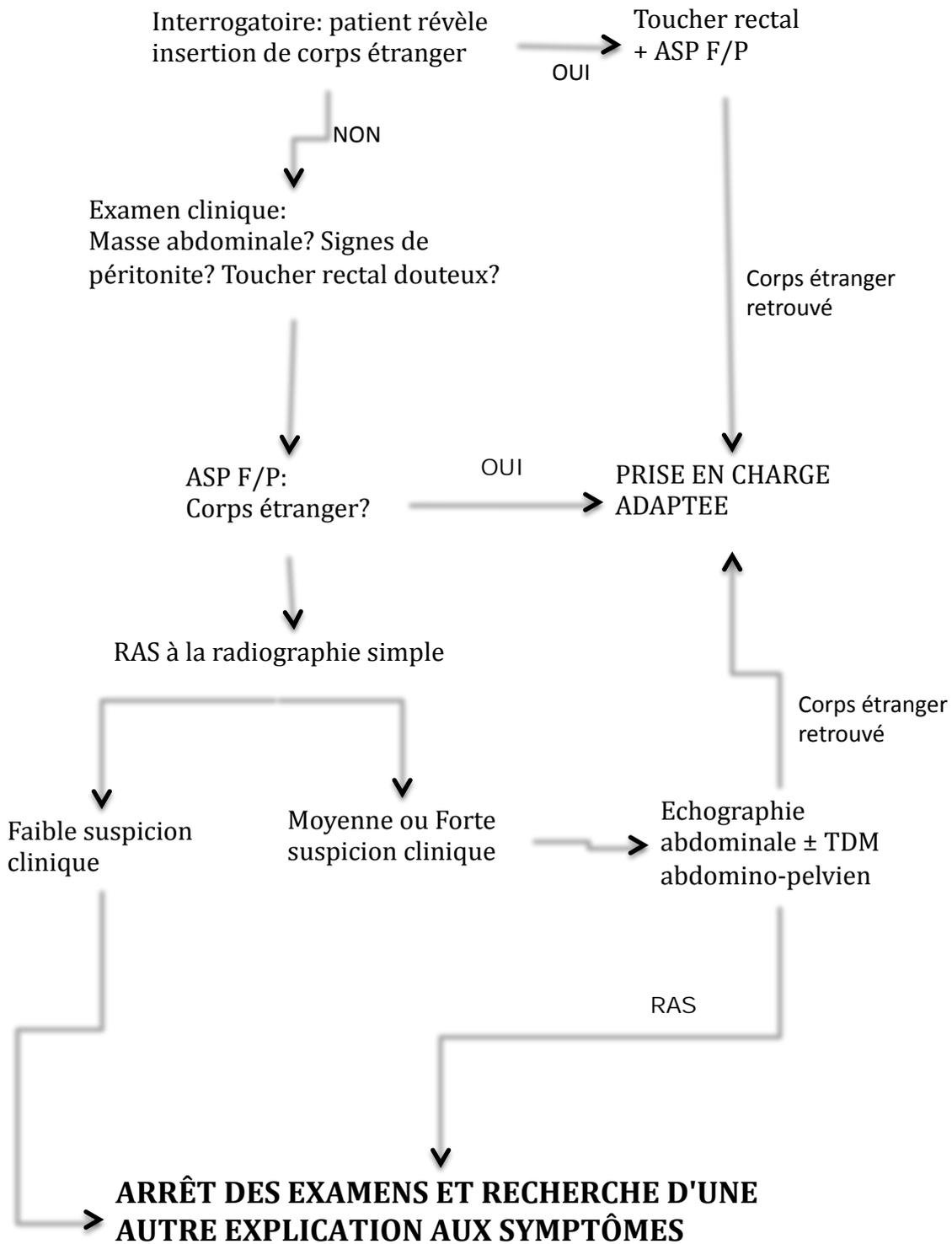


SURVEILLANCE +++
AVIS PSYCHIATRIQUE ± NEUROLOGIQUE

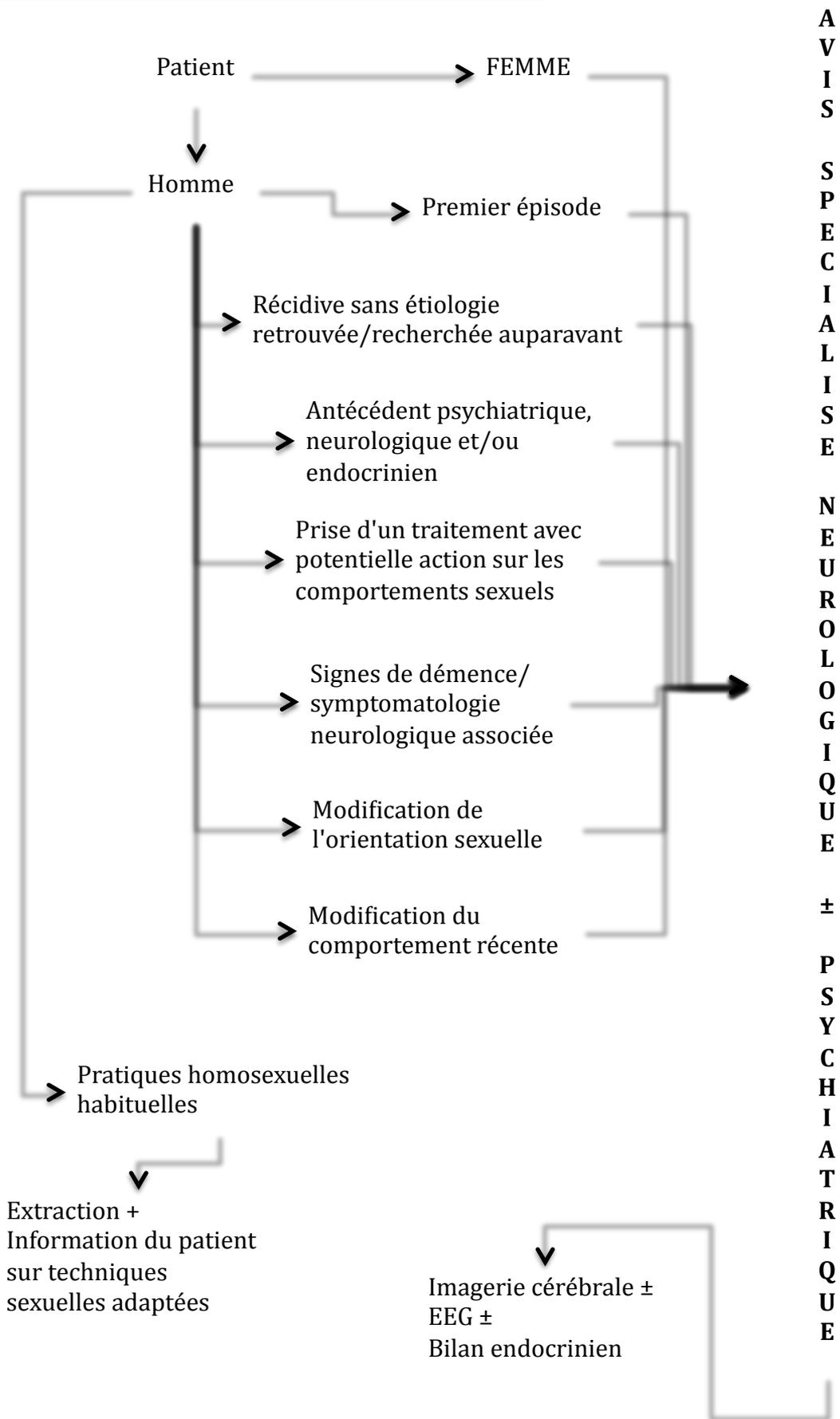
Organigramme pour la prise de décision entre laparotomie et chirurgie conservatrice



Choix des examens complémentaires à visée diagnostique



Algorithme pour décision d'envoi pour avis spécialisé



A
V
I
S

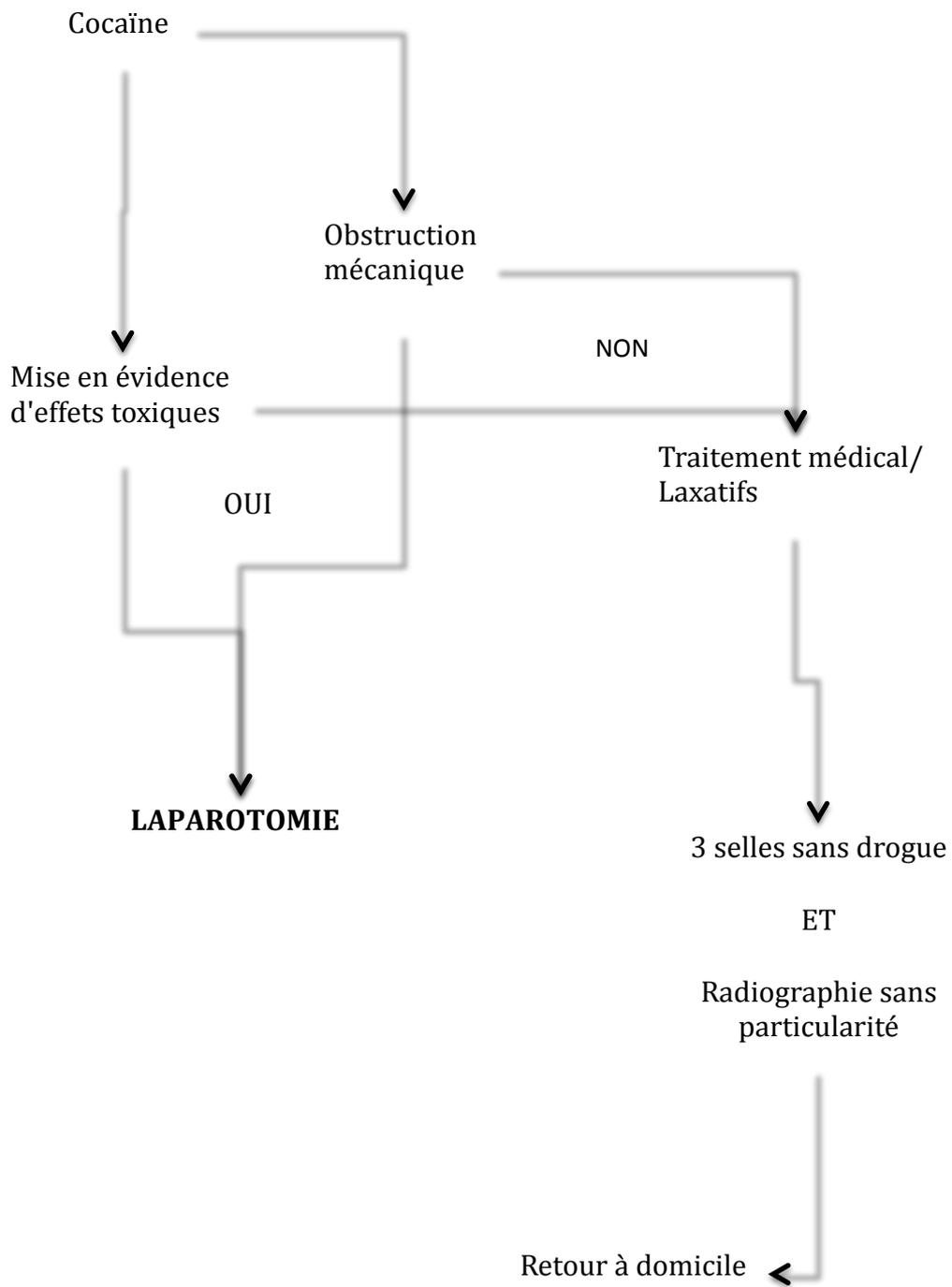
S
P
E
C
I
A
L
I
S
É

N
E
U
R
O
L
O
G
I
Q
U
E

±

P
S
Y
C
H
I
A
T
R
I
Q
U
E

Organigramme pour "Body-Packer" (Veyrie et al., 2008) de cocaïne



VU

NANCY, le **12 octobre 2011**

Le Président de Thèse

Professeur L. PEYRIN-BIROULET

NANCY, le **13 octobre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3803

NANCY, le 17/10/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Dans une première partie, l'auteur traite des aspects neurologiques, psychiatriques, sociaux et environnementaux pouvant induire des troubles sexuels, de la physiopathologie des troubles du comportement sexuel, de l'auto-érotisme et des crimes sexuels.

Dans une seconde partie, l'auteur introduit le cas particulier des corps étrangers intra-rectaux, les étiologies diverses et les diverses prises en charge retrouvées dans les études scientifiques au cours du dernier siècle. Il parle de la présentation clinique, des complications et des conséquences de l'insertion de corps étrangers dans le rectum.

Dans une troisième partie, il présente une étude rétrospective multi-centrique réalisée à partir des dossiers informatisés de Dijon, Epinal, Lyon et Nancy entre le 01/01/2000 et le 31/12/2009 et portant sur 78 admissions aux urgences. Il a observé les caractéristiques socio-démographiques des patients, la prise en charge et le déroulement des soins. L'analyse a aussi porté sur le type d'objets, le recensement des complications, les techniques d'extraction utilisées ainsi que le type d'anesthésie choisi. Il propose enfin des améliorations, des organigrammes et un support informatique pour prendre en charge au mieux ces patients de manière globale.

TITRE EN ANGLAIS

Rectal foreign bodies : causes and care of the patients, a retrospective multicentric study.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS:

Corps étranger intra-rectal, lésion rectale, troubles du comportement sexuel, sexualité, perversion, troubles sexuels, homosexualité, masturbation, auto-érotisme, godemichet

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE HENRY POINCARE, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
