

## Sexualité normale et ses troubles (40)

F.Poinso (avec le concours de J. Tignol et F.Thibaut)  
Juin 2005 (mise à jour : année universitaire 2006-2007)

### 1. La sexualité normale

#### 1.1. Introduction

La sexualité est la condition de la procréation, mais elle fait aussi partie intégrante des relations humaines, dans ses dimensions d'intimité et d'attachement. Elle se réalise idéalement dans les relations amoureuses. Cependant la sexualité prend des significations culturelles multiples, variant selon les lieux et les époques. Elle peut être valorisée par un contexte de construction d'un couple, par un contexte de liberté, d'épanouissement personnel. Mais elle peut être aussi associée à la répression, aux rapports de force entre les sexes, aux rapports de pouvoir. La société concourt dans son ensemble à des représentations de la sexualité, mais la législation encadre peu la sexualité, en dehors de situations qui renvoient à des contraintes sur l'autre ou à des agressions physiques (cf infra).

La contraception a favorisé à partir des années 1960 une plus grande liberté sexuelle. Dans le même temps les rôles traditionnels féminins et masculins ont été bouleversés, que ce soit sur le plan politique, dans le monde du travail, dans les relations personnelles, dans les rôles parentaux. Mais la liberté sexuelle a été remise en cause par l'apparition du SIDA dans les années 1984-1985, justifiant un discours de protection sur le plan de la santé publique, et influençant en profondeur les comportements individuels.

Les médecins sont confrontés à la sexualité à plusieurs titres :

- Ils jouent un rôle incontournable dans la prévention, et bien entendu dans le traitement, des maladies sexuellement transmissibles. Ils représentent de manière plus générale une source d'informations techniques pour les patients.
- Ils sont également sollicités dans des dimensions d'information plus générales, par exemple sur des questions de normalité, anatomique, physiologique... Certaines disciplines médicales (médecine générale, gynécologie, psychiatrie) sont en première ligne lorsque les patients se posent des questions sur la sexualité.
- Les médecins peuvent accueillir des plaintes concernant la sexualité, que la sexualité ne paraisse pas « suffisamment » satisfaisante au patient, ou qu'il s'agisse de plaintes ou d'insatisfactions concernant le couple.
- Les médecins peuvent proposer des conseils, voire des thérapies individuelles ou de couple centrées sur la sexualité : il existe par exemple des Diplômes d'Université de sexologie accessibles aux médecins.
- Enfin les médecins sont parfois conduits à des signalements, en particulier s'agissant de mineurs ou de majeurs protégés, victimes de maltraitance sexuelle. Ils sont conduits aussi, selon leur spécialité, à faire des constatations médicales, des certificats et des expertises.

La plus grande liberté sexuelle actuelle ne doit pas faire perdre de vue la complexité de la sexualité pour chaque personne. En effet la sexualité se développe en plusieurs étapes : petite enfance, adolescence, début de l'âge adulte. Elle nécessite des identifications aux parents et à d'autres adultes, la construction de l'identité de genre (masculin ou féminin) ; elle confronte l'individu au choc de la puberté, à la transformation du corps et à la puissance des pulsions sexuelles qui s'imposent à la personne.

L'exercice de la sexualité nécessite l'apprentissage de codes sociaux complexes et le plus souvent implicites : certains lieux permettent certains comportements, d'autres non. L'apparente liberté de la société peut cacher des interdits et des attitudes moralisatrices déstabilisantes pour les adolescents. Mais inversement les limites (même si elles sont à définir par chaque individu pour lui-même) sont nécessaires et structurantes.

Bien que la relation amoureuse, ainsi que le projet de fonder une famille et d'élever des enfants, soient des dimensions fondamentales de la sexualité, nous allons ici nous centrer sur les aspects plus physiologiques, médicaux, et médico-légaux, de la sexualité.

## 1.2. Physiologie

Deux médecins américains, William Masters et Virginia Johnson ont permis de mieux connaître la physiologie des fonctions sexuelles. Ils ont publié à la fin des années 60 les résultats de leurs observations de laboratoire sur des volontaires hommes et femmes, ainsi que leur méthode de traitement des difficultés sexuelles.

Masters et Johnson ont décrit la relation sexuelle selon 3 phases, similaires, pour les 2 sexes :

- **la phase d'excitation** est caractérisée chez l'homme par l'établissement de l'érection et chez la femme par la lubrification vaginale et la tumescence de la muqueuse du tiers inférieur du vagin. Il faut noter que la lubrification vaginale est un transsudat vasculaire et non une sécrétion glandulaire, et qu'à ce titre l'érection chez l'homme et la lubrification chez la femme répondent à des mécanismes vasculaires proches.
- **la phase en plateau** voit la réalisation de l'acte sexuel. Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.
- **L'orgasme** est une manifestation globale de l'organisme, c'est une sensation de plaisir intense dont l'intensité peut toutefois varier ; elle est typiquement, mais pas obligatoirement, accompagnée dans les deux sexes de contractions périnéales, au nombre de 3 à 5, au rythme de 0,8 par seconde ; chez l'homme elles coïncident avec l'expulsion saccadée de l'éjaculat. L'orgasme s'accompagne aussi de tension musculaire, de modifications respiratoires, de tachycardie et d'élévation tensionnelle, ainsi que de rougeur cutanée plus ou moins étendue. **L'orgasme clitoridien**, déclenché par la stimulation du clitoris, et **l'orgasme vaginal**, déclenché par la stimulation intra-vaginale, ont les mêmes manifestations physiologiques. La plupart des femmes peuvent aboutir à l'orgasme par stimulation clitoridienne, alors qu'un certain nombre d'entre elles auront du mal à l'obtenir par stimulation vaginale. Cela dépend de l'investissement de la sexualité, de l'appropriation de sensations plus internes, et de l'expérience de chaque femme.
- L'orgasme est suivi de **la phase de résolution**, pendant laquelle les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement. Mais la femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme. En revanche chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire, pendant laquelle la stimulation sexuelle devient inefficace ; très courte chez l'adolescent, elle augmente avec l'âge et interdit le plus souvent la répétition immédiate du rapport sexuel.

Par la suite deux autres médecins américains, Helen Kaplan et Harold Lief ont, en 1977, ajouté à cette physiologie, avant la phase d'excitation, **la phase du désir**. C'est une phase de fantasmes ou de fantasmes érotiques amenant le souhait d'avoir des relations sexuelles. Elle est difficile à définir précisément, mais c'est une composante importante de l'activité sexuelle, en partie psychologique et en partie sous l'influence des hormones sexuelles, essentiellement la testostérone.

L'activité sexuelle met en jeu non seulement des effecteurs périphériques, mais aussi leur vascularisation, leur innervation et des voies et centres médullaires et cérébraux.

L'érection est un phénomène vasculaire actif faisant intervenir la musculature lisse des corps caverneux. Sa commande nerveuse est parasympathique ; des médiateurs spécifiques intracaverneux, tels l'oxyde nitrique, y participent. Le pénis est maintenu habituellement flaccide par un tonus sympathique inhibiteur, qui doit cesser pour permettre l'érection. La commande périphérique de l'éjaculation est sympathique.

La physiologie de l'excitation génitale féminine est moins bien connue, mais les mécanismes vasculaires et nerveux sont vraisemblablement très proches.

Au niveau central on commence à repérer les zones du cerveau impliquées. Parmi les neuromédiateurs, la dopamine est celui du plaisir et probablement du désir, tandis que la sérotonine est plutôt anti-libido et retarde l'orgasme.

La physiologie sexuelle nécessite que la testostérone ne soit pas effondrée chez l'homme, tandis que chez la femme désir et plaisir seraient aussi sous la dépendance de la testostérone (en quantité plus faible) produit par la surrénale. Les oestrogènes et la progestérone jouent également un rôle mais l'expérience de la grossesse montre que ce n'est pas linéaire : durant cette période certaines femmes ont plus de désir, d'autres moins.

### 1.3. Epidémiologie

Depuis l'apparition du SIDA, de nombreuses études de la sexualité ont été faites en population générale, à des fins de prévention. On connaît ainsi la fréquence moyenne des rapports sexuels en fonction de l'âge, de l'éducation, les différentes pratiques sexuelles, les opinions sur la sexualité. Elles ont permis de mieux prendre en compte la diversité des pratiques sexuelles. Dans l'ensemble ces études ont montré que dans un couple les actes sexuels ne doivent pas faire l'objet de jugement s'ils sont consentis et s'ils visent à donner et à recevoir du plaisir.

En revanche infliger ou subir de la souffrance (sado-masochisme), et a fortiori s'il y a contrainte, constituent des limites à l'exercice normal de la sexualité, même si la loi ne réprime pas toujours ces actes (sado-masochisme consenti).

Dans l'ensemble chaque individu va construire les pratiques qui lui conviennent – dans les limites de la loi – et trouver un équilibre et une certaine satisfaction dans ces pratiques, y compris dans l'abstinence s'il la choisit.

### 1.4. La loi

La loi ne contrôle pas les pratiques sexuelles privées, entre adultes consentants.

En revanche elle réprime les abus sexuels de personnes adultes non consentantes, et les abus sexuels d'enfants (mineurs de moins de 15 ans).

Les attouchements imposés sont des délits (tribunal correctionnel) ; les actes de pénétration imposés sont des crimes (cour d'assises).

Elle réprime aussi les pratiques sexuelles en public, ou l'exhibitionnisme, dans un souci de protéger la population (les enfants en particulier) de spectacles pouvant avoir un caractère choquant, ou incitatif.

Une augmentation de l'excitation sexuelle, à un âge trop précoce, a un effet négatif sur le développement de la personnalité et sur les capacités d'apprentissage ; l'enfant risque de ne plus avoir la disponibilité psychique nécessaire pour les acquisitions scolaires, et cela induit des

distorsions profondes dans les relations avec les autres compte-tenu de ce qui est attendu pour l'âge.

## 2. Pathologie sexuelle : les troubles sexuels

Ce sont les dysfonctions sexuelles, les paraphilies, et les troubles de l'identité sexuelle.

### 2.1. Les dysfonctions sexuelles (DS)

#### 2.1.1. Définitions

Il vaut mieux éviter sur le plan médical les termes d'impuissance et de frigidité. Outre leur caractère péjoratif, ils ne permettent pas de distinguer les différentes dysfonctions. Les DS sont maintenant décrites en référence à la phase des relations sexuelles qui est altérée, et de façon parallèle chez la femme et chez l'homme.

Selon le DSM-IV, on décrit dans les deux sexes des troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme, auxquels il faut ajouter les troubles sexuels avec douleur. Il existe aussi, dans les 2 sexes, les dysfonctions sexuelles dues à une affection médicale générale et celles induites par une substance.

Pour chaque DS, des caractéristiques importantes - et donc à rechercher systématiquement en clinique - constituent les sous-types :

- de tout temps ou acquis
- généralisé ou situationnel
- dû à des facteurs psychologiques
- dû à une combinaison de facteurs (facteurs psychologiques plus affection médicale ou substance).

#### 2.1.2. Epidémiologie

Les DS sont *très fréquentes* en population générale, de façon similaire dans tous les pays occidentaux, par exemple, tous âges confondus, 8 à 10 % de dysfonction érectile (DE), 15 à 30 % d'éjaculation précoce (EP), 2 à 4% de trouble de l'orgasme chez l'homme, 30 % de trouble du désir et de trouble de l'orgasme chez la femme. La DE voit son taux augmenter avec l'âge, tandis que l'EP ne diminue pas avec le temps, contrairement à ce que l'on croyait ; par contre les DS de la femme auraient plutôt tendance à s'améliorer avec l'âge, parallèlement à l'expérience et à l'investissement de la sexualité.

S'il n'existe pas une relation obligatoire de la satisfaction sexuelle avec la satisfaction de la vie de couple, les DS affectent toutefois fortement la qualité de vie et l'estime de soi de beaucoup de sujets qui en sont atteints.

#### 2.1.3. Clinique des DS

NB : *les intitulés des troubles et les phrases entre guillemets sont des citations du DSM-IV*

### 2.1.3.1. Troubles du désir sexuel

- Baisse du désir sexuel : « Déficience (ou absence) persistante et répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle... »
- Aversion sexuelle : « Aversion extrême, persistante ou répétée, et évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire sexuel ».

Ces troubles du désir sont parfois liés à des substances toxiques, ou peuvent être des effets secondaires de traitements médicamenteux. Mais le plus souvent ils sont d'origine psychologique, liés à des notions de honte, de culpabilité. Le désir peut être altéré ou écarté de la conscience par des interdits (fantasmes non acceptés ou refoulés). Les traumatismes sexuels de l'enfance sont à l'origine de troubles du désir parfois majeurs.

### 2.1.3.2. Troubles de l'excitation sexuelle

- chez la femme : « Incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une activité sexuelle adéquate (lubrification, intumescence). »
- chez l'homme : « Incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate ».
- La symétrie des définitions est remarquable. Néanmoins, autant le trouble de l'érection chez l'homme est facilement identifiable, autant le trouble de l'excitation chez la femme est relativement difficile à étudier. Les femmes elles-mêmes n'ont pas toujours une claire perception de leur niveau d'excitation physique. Il est difficile de différencier chez elles ce trouble d'un trouble du désir.

La Dysfonction Erectile (DE) est la DS la plus étudiée, la plus traitée, la plus médicalisée, c'est-à-dire la plus entrée dans le champ de la médecine. Cela est lié à son caractère repérable, à son importance symbolique pour l'homme (être un homme ou non), et à la découverte récente (moins de 30 ans) de traitements médicaux efficaces.

Le trouble de l'excitation chez la femme n'est pas médicalisé de manière similaire, et reste plus accessible à un abord psychologique qu'à un abord médicamenteux.

### 2.1.3.3. Troubles de l'orgasme

#### 2.1.3.3.1. Trouble de l'orgasme chez la femme

« Absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme chez la femme repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue ».

Le jugement du clinicien n'est pas un critère bien défini. Il faut plutôt se référer au jugement de la femme elle-même. La plainte peut concerner l'orgasme clitoridien, ou vaginal (plus souvent).

#### 2.1.3.3.2. Trouble de l'orgasme chez l'homme

« Absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité, en durée et quant

à son orientation, compte tenu de l'âge du sujet ». NB : « *quant à son orientation* » est la traduction de « *adequate in focus* » et ne se réfère pas à l'orientation sexuelle du sujet. Ce trouble était antérieurement appelé retard à l'orgasme quand l'orgasme était quand même obtenu, au prix d'un délai anormalement long, ou anéjaculation anorgasmique lorsqu'il ne pouvait l'être. Il est ennuyeux pour la satisfaction du patient, qui tarde à venir ou ne vient pas, et celle de la partenaire habituelle qui n'apprécie pas d'être stimulée au-delà de ses souhaits. Il est une cause - curable - d'infertilité en cas d'impossibilité d'éjaculation intra-vaginale. Si certains de ces sujets peuvent éjaculer en dehors du vagin en se masturbant, certains ne peuvent jamais obtenir l'éjaculation à l'état de veille.

#### *2.1.3.3.3. Ejaculation précoce*

« Trouble de l'éjaculation persistant ou répété lors de stimulations sexuelles minimales avant, pendant, ou juste après la pénétration, et avant que le sujet ne souhaite éjaculer ». C'est la DS masculine la plus fréquente. Elle nuit à la relation de couple car la partenaire peut se sentir négligée par un homme qui lui semble prendre son plaisir sans se soucier d'elle. Ceci est renforcé par une faible demande de changement des hommes qui en sont atteints. La sexothérapie est efficace, surtout quand elle s'adresse au couple, ainsi que certains médicaments (cf.infra).

#### *2.1.3.4. Troubles sexuels avec douleur*

##### *2.1.3.4.1. Dyspareunie*

« Douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels, soit chez l'homme, soit chez la femme ».

Ce trouble est souvent associé à des lésions ou affections médicales, plus fréquentes chez la femme en raison des grossesses et de leurs complications. Il peut être uniquement lié à des facteurs psychologiques. Il faut néanmoins être prudent avant d'attribuer à des manifestations douloureuses, quelles qu'elles soient, une cause psychologique. Un examen médical est donc nécessaire.

##### *2.1.3.4.2. Vaginisme*

« Spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels ».

Il s'agit d'un phénomène de type phobique, qui était classiquement responsable de non-consommation du mariage et pouvait, soit durer des années, soit donner lieu à des thérapeutiques inadaptées et traumatisantes (dilatation vaginale ou défloration chirurgicale sous anesthésie). Il peut être guéri par un traitement psychothérapeutique bref ou une guidance.

#### *2.1.3.5. DS due à une affection médicale générale*

« Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la DS est entièrement expliquée par les effets physiologiques directs d'une affection médicale générale ».

Toutes les maladies affectant le dispositif physiologique nécessaire à la sexualité peuvent entraîner une DS. Elles comportent en général une séméiologie sexuelle concomitante qui permet leur diagnostic. En dehors de signes d'appel cliniques, le seul examen complémentaire destiné à déceler une cause cachée de DS, surtout trouble du désir ou de l'excitation, serait le dosage de la

prolactine à la recherche d'un adénome hypophysaire. Il s'agit toutefois d'une affection rare et cet examen n'est pas justifié en première intention.

Souvent cependant une affection médicale facteur possible de D.S n'est pas la cause essentielle, la D.S. peut être d'origine essentiellement psychologique et la pathologie organique un co-facteur ; par exemple un athérome important ou un diabète pour une dysfonction érectile.

#### *2.1.3.6. DS induite par une substance*

« Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la DS est entièrement expliquée par l'utilisation d'une substance, comme en témoigne la présence soit de (1) soit de (2) :

(1) les symptômes sont apparus pendant une intoxication à une substance ou dans le mois qui a suivi

(2) la perturbation est liée étiologiquement à la prise d'un médicament ».

Ces spécifications soulignent que la prise d'un médicament ou d'une substance ne suffit pas en soi à l'incriminer dans la genèse de la DS ; il faut évaluer l'imputabilité selon la démarche habituelle.

Les substances stimulantes (licites ou non) – dont l'alcool – sont aussi des stimulants sexuels ; elles ne donnent de DS qu'à dose intoxicante.

Les opiacés ne sont pas des substances stimulantes et peuvent être facteurs de DS à des doses non intoxicantes.

Les médicaments fréquemment facteurs de DS sont les anti-hormones, les antidépresseurs et les neuroleptiques, à un moindre degré les divers traitements de l'hypertension. Pour tout médicament, on peut consulter la liste des effets secondaires sur le Vidal et étudier l'imputabilité du produit en fonction de la clinique.

#### *2.1.4. L'examen sexologique*

C'est un examen médical centré sur les fonctions sexuelles, mais il peut susciter de la gêne chez le malade et aussi chez le médecin. Il est nécessaire pour le réaliser que la demande du patient soit explicite.

L'entretien doit commencer par faire préciser les caractéristiques du trouble, actuelles et passées. Il faut encourager le patient à s'exprimer avec ses termes à lui et ne pas utiliser de termes techniques sans les expliquer. Le médecin doit acquérir la capacité de parler tranquillement de la sexualité.

On explore ensuite la vie sexuelle et relationnelle du sujet, ses antécédents personnels somatiques et psychiatriques, ses problèmes psychologiques (quant les symptômes sont insuffisants pour un diagnostic de trouble psychiatrique caractérisé), ses antécédents familiaux somatiques et psychiatriques.

Une attention particulière est portée au ou à la partenaire, du point de vue relationnel et sexuel. Le problème se pose de s'adresser à un individu seul ou en couple. Il faut un certain entraînement pour mener ces consultations de couple mais les thérapies sont souvent plus efficaces quand elles s'adressent à un couple. Il existe en France un DIU de Sexologie, dans des universités réparties sur tout le territoire (c'est le cas pour Marseille), qui assure une formation de validité reconnue. L'examen somatique est recommandé ; il est réalisé par un médecin généraliste, ou un spécialiste urologue ou gynécologue.

L'examen sexologique permet le diagnostic de la DS, et le choix de l'orientation thérapeutique.

## 2.1.5. Les étiologies des DS

### 2.1.5.1. Causes psychiques individuelles

- troubles mentaux : la plupart des troubles mentaux affectent la sexualité, sauf la manie, qui la stimule. La dépression est le trouble mental le plus fréquemment responsable de DS, bien que de façon inconstante dans ses formes de sévérité modérée. Les psychotropes peuvent ajouter leurs effets secondaires (en particulier les sérotoninergiques) à ceux de la maladie.
- problèmes psychologiques actuels : événements de vie défavorables et préoccupations anxieuses
- traumatismes sexuels actuels: abus sexuels, facteur très important de DS.
- maltraitance physique, psychologique, ou sexuelle, dans l'enfance.
- anxiété sociale, timidité, phobie sociale, sont aussi des facteurs de risque.

### 2.1.5.2. Causes psychiques de couple

une bonne communication de couple, la bienveillance et la tolérance de chaque partenaire envers l'autre, renforcent la motivation sexuelle et le fonctionnement sexuel ; inversement des messages négatifs les inhibent .

les problèmes et difficultés de couple, passagers ou plus profonds, sont des facteurs fréquents de DS. Les représentations des rôles sexuels dans chaque sexe, les identifications au couple parental, des expériences négatives, des images négatives de la sexualité, peuvent être abordées lors de traitements de couple.

### 2.1.5.3. Les médicaments et substances toxiques

Cf. supra

## 2.1.6. Les traitements

### 2.1.6.1. Psychothérapies

- individuelles générales : les psychothérapies d'inspiration analytique et a fortiori la psychanalyse accordent une place importante à la sexualité, et aux théories de la sexualité infantile. Cependant elles ne sont pas focalisées sur la DS et ne proposent pas de guidance à ce niveau.
- les psychothérapies individuelles centrées sur la DS, appelées sexothérapies, sont d'inspiration cognitivo-comportementale. Elles sont moins efficaces que les traitements de couple.
- les sexothérapies de couple : proposées par Masters et Johnson de façon pragmatique, elles s'adressent principalement à la composante **anxiété de performance** de la DS.

Il s'agit d'une anxiété apparentée à l'anxiété sociale, qui saisit le sujet lorsqu'il doit effectuer publiquement une performance dont il se sent incapable. Ici la performance est l'acte sexuel et le public le ou la partenaire. Cela s'applique bien aux DE et à l'EP, où l'homme se sent tenu d'être performant dans des fonctions somatiques qu'il ne peut contrôler volontairement. Cela s'applique aussi aux troubles de l'excitation et de l'orgasme chez la femme malgré le caractère secret de leur performance pour le partenaire ; ce secret ne joue pas pour elles et elles présentent aussi, bien que moins souvent que l'homme, une anxiété de performance sexuelle.

Pour la femme la sexothérapie comporte une part importante d'**information** et de familiarisation avec la connaissance de ses organes sexuels cachés et de leur fonctionnement.

Enfin dans les deux sexes une composante importante du traitement est le travail sur la *communication* dans le couple.

Ces sexothérapies comportent des prescriptions d'exercices sexuels à domicile et leur discussion dans les séances de thérapie. Il s'agit essentiellement de décentrer la préoccupation des sujets de la performance sexuelle pour la recentrer sur les sensations, la communication détendue, et le plaisir corporel. Les premières consignes comportent en général l'interdiction des rapports et des stimulations sexuelles directes, et la prescription de travailler les sensations corporelles générales, non sexuelles. Ce temps initial passé, la sexothérapie peut être considérée comme une rééducation de la sexualité.

Certaines sexothérapies utilisent des méthodes de travail corporel spécifiques à visée psychothérapique, par exemple la psychomotricité ou la relaxation.

***Par contre, tout exercice de stimulation sexuelle effectué avec le thérapeute doit être considéré comme suspect d'abus et est maintenant réprouvé par les associations de sexologues. Il faut en informer les patients lorsqu'on les adresse à un spécialiste.***

NB : *le traitement du vaginisme peut comporter un travail avec un thérapeute (femme recommandée) sur la pénétration vaginale, mais il ne s'agit pas d'un exercice de stimulation sexuelle.*

### ***2.1.7. Traitements médicamenteux ou chirurgicaux***

Ils s'adressent essentiellement à la DE et l'EP.

***La DE*** peut être traitée par :

- les androgènes en cas d'insuffisance avérée ; on discute actuellement du traitement androgène de l'andropause, où cette insuffisance est relative (mais il y a une augmentation de risque de cancer de la prostate).
- Les alpha-bloquants (yohimbine), d'efficacité démontrée, mais faible.
- Les inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase (PDE-5) intra-caverneuse, qui favorisent l'action de l'oxyde nitrique. Leur prototype est le sildenafil (Viagra), premier produit actif par voie orale sur l'érection. Ils nécessitent une stimulation sexuelle pour agir.
- L'apomorphine, d'action centrale dopaminergique, administrée en sub-lingual. Moins active que les produits précédents.
- Les vaso-dilatateurs actifs uniquement par injection intra-caverneuse (IIC), papavérine, phentolamine, et surtout prostaglandine E. La plupart procurent une érection dans les minutes qui suivent l'injection, sans qu'il soit besoin de stimulation sexuelle. Il existe une présentation de prostaglandine E en application intra-urétrale.
- On peut aussi provoquer l'érection par aspiration puis blocage élastique de la base du pénis, à l'aide d'un dispositif appelé vacuum.
- Enfin il existe des prothèses pénienues, semi-rigides, malléables, ou gonflables, à insérer chirurgicalement dans les corps caverneux.

***L'EP*** peut être traitée par les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine ou la clomipramine, à des doses souvent faibles, ponctuellement ou en continu. L'efficacité de la clomipramine, de la paroxétine et de la sertraline a été démontrée dans des études en double insu contre placebo.

NB : *Divers produits, dont les inhibiteurs de la PDE-5 sont ou ont été étudiés dans les troubles de l'excitation chez la femme, avec des résultats inconstants.*

### 2.1.8. Choix du traitement

**Il ne dépend que partiellement de l'étiologie.** Si les troubles organiques ne peuvent pas être traités par sexothérapie, les troubles psychogènes ne répondent pas obligatoirement à la sexothérapie, mais peuvent aussi être traités par médicaments, vacuum ou prothèses. Dans le cas de troubles liés à des facteurs psychologiques prédominants ou exclusifs, le choix du traitement dépend des préférences du patient et de l'efficacité des traitements antérieurs. Le thérapeute expose les traitements possibles pour un trouble et un sujet donnés, et guide par ses informations le choix du patient. Lorsqu'il existe un ou une partenaire stable, son implication dans le choix du traitement est souhaitable. De même **un accompagnement sexothérapique est souhaitable dans tous les cas**, y compris avec les traitements les plus médicaux et les cas les plus organiques. Il peut être aussi difficile de s'adapter au rétablissement plus ou moins artificiel de la fonction sexuelle qu'à sa défaillance.

## 2.2. Paraphilies

### 2.2.1. Caractères généraux

« Les caractéristiques essentielles d'une paraphilie sont des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles, ou des comportements, survenant de façon répétée et intense, et impliquant 1) des objets inanimés, 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois ».

Il s'agit des troubles anciennement appelés perversions sexuelles.

Le terme paraphilie désigne étymologiquement une sexualité déviante quant à son but et son objet. **Le caractère déviant** ne suffit pas à définir ces troubles ; il faut ajouter : **l'intensité du désir** qui leur est lié, et **son caractère répétitif**.

### 2.2.2. Epidémiologie

Il n'existe pas d'étude épidémiologique des paraphilies. Les données existantes viennent de la justice, et des psychiatres experts ou travaillant dans les prisons. Les consultations spontanées sont rares. L'importance de la pornographie paraphilique suggère que les fantasmes paraphiliques sont fréquents, sans qu'il s'agisse obligatoirement de sujets paraphiles au vrai sens du terme. Les problèmes les plus couramment rencontrés dans les cliniques spécialisées dans le traitement des paraphilies sont la pédophilie, le voyeurisme et l'exhibitionnisme. On estime que la moitié des sujets qui consultent pour paraphilie sont mariés.

### 2.2.3. Clinique

Les troubles sont répertoriés en fonction de la focalisation paraphilique. On distingue ainsi parmi les paraphilies fréquentes :

- l'exhibitionnisme : « ...consistant à exposer ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu par ce comportement »
- le fétichisme : « ...utilisation d'objets inanimés (p.ex. des sous-vêtements féminins) ».
- le frotteurisme : « ...acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante ».

- la pédophilie : « ...activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes). Le sujet présentant une pédophilie doit avoir au moins 16 ans et au moins 5 ans de plus que l'enfant ». L'attirance sexuelle peut concerner les garçons, les filles ou les deux.
- le masochisme et le sadisme sexuels, dans lesquels le stimulus paraphile est la souffrance subie ou infligée.
- le transvestisme fétichiste, qui est le fait pour un homme hétérosexuel de se travestir plus ou moins complètement en femme et de s'imaginer ainsi être une femme.
- le voyeurisme : « ...consistant à observer une personne nue, ou en train de se déshabiller, ou en train d'avoir des rapports sexuels, et qui ne sait pas qu'elle est observée ».

#### *2.2.4. Formes cliniques et évolution*

Les caractéristiques paraphiliques peuvent être obligatoires et toujours être nécessaires à l'acte sexuel, ou épisodiques (par exemple liées au stress ou à la consommation de toxiques).

Les actes paraphiliques peuvent être vécus sans aucune culpabilité et le problème des sujets est alors celui des conséquences sociales de son comportement. Chez d'autres paraphiles, leur activité s'accompagne de culpabilité, honte, ou dépression.

Les paraphilies peuvent débuter dans l'enfance, mais s'installent vraiment au moment de l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Leur évolution tend à être chronique, avec une intensité fluctuante.

Elles sont souvent associées entre elles. Dans 90 % des cas il s'agit de sujets de sexe masculin. Les malades mentaux avérés sont peu fréquents parmi les délinquants sexuels (4 %). Par contre, des troubles de personnalité de type psychopathique ou antisocial sont fréquents chez les violeurs.

Les paraphilies qui impliquent un partenaire non consentant (viol) ou un enfant (pédophilie) ou encore l'exhibitionnisme, tombent sous le coup de la loi. On parle alors de délinquance sexuelle, ou de crimes à caractère sexuel. Les sanctions légales sont lourdes et le caractère récurrent des troubles expose le sujet à la récidive, qui sera plus lourdement sanctionnée encore.

#### *2.2.5. Psychopathologie*

On peut essayer de comprendre les paraphilies comme des obsessions (mais celles-ci n'ont pas pour but la satisfaction d'un désir), comme un trouble du contrôle des impulsions (comme le jeu pathologique ou la kleptomanie), ou comme un comportement de type addictif, ou addiction comportementale.

Sur le plan de la personnalité, selon la théorie psychanalytique, la perversion est une des structurations possibles de la personnalité, orientant l'ensemble des comportements du sujet, même en dehors du champ sexuel proprement dit (le sadisme par exemple). Cette structure de la personnalité s'enracine dans des relations précoces pathologiques et/ou des expériences traumatisantes (séduction par un adulte, mauvais traitements).

Parmi les facteurs de risque de récidive de délinquance sexuelle, on distingue le type de paraphilie (les pédophiles homosexuels sont à fort risque de récidive), les antécédents de délinquance sexuelle, l'existence d'un retard mental, la mauvaise observance du traitement.

### 2.2.6. Traitement

Le traitement est très difficile, peu demandée par les sujets paraphiles, et les résultats sont décevants. Certaines formes plus "névrotiques" sont cependant plus susceptibles de changements. Le but principal est pragmatique : (1) supprimer les comportements paraphiles, nuisibles au sujet et éventuellement à autrui, (2) améliorer la qualité de vie du sujet et atténuer sa souffrance.

#### 2.2.6.1. Les psychothérapies

- les psychothérapies non directives sont en général inefficaces, sauf dans quelques formes névrotiques.
- il existe des **méthodes psychothérapeutiques spécifiques**, d'inspiration cognitivo-comportementale, dont le caractère principal est d'être **directives et contrôlées**. Elles visent à la prise de conscience des conséquences de la paraphilie, à apprendre à éviter les occasions de la mettre en œuvre, à remplacer les idées et comportement paraphiles par des idées et comportements non paraphiles, à améliorer les relations avec autrui, à corriger les distorsions sur la sexualité.

Elles ne sont bien pratiquées que par des équipes spécialisées.

Elles sont utilisées dans la prise en charge des exhibitionnistes et de certaines paraphilies, lorsque le risque de passage à l'acte est peu important.

#### 2.2.6.2. Les médicaments

- les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) sont actifs dans le traitement des paraphilies, probablement plus par leur effet secondaire anti-libido que par un effet anti-obsessionnel ou antidépresseur. Actuellement leurs indications sont limitées à l'exhibitionnisme et à certaines formes de pédophilie dont le risque de passage à l'acte paraît peu important.
- **Les traitements antiandrogènes** sont des traitements très efficaces des paraphilies par suppression du désir. L'absence de désir en général vaut pour le désir paraphile en particulier. Il en existe deux types : l'acétate de cyprotérone (forme orale) ou les analogues de la GnRH (triptoreline ou leuproreline) : forme injectable à libération prolongée.

Cependant, ils ne sont pas dénués d'effets secondaires à long terme (déminéralisation osseuse surtout) et leur prescription est réservée aux patients chez lesquels un risque de passage à l'acte est élevé (violeur ou pédophile), lorsque les autres traitements sont inefficaces ou encore lorsque le niveau intellectuel du patient est incompatible avec une psychothérapie.

Ces traitements antiandrogènes ne peuvent être prescrits qu'avec le consentement du patient après s'être assuré de l'achèvement de la puberté et de l'absence d'anomalies hormonales.

La durée pendant laquelle le traitement antiandrogène doit être poursuivie ne fait pas l'objet d'un consensus.

### 2.2.7. Législation

La loi du 17 juin 1998, relative à la répression et à la prévention des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, a modifié les conditions de détention du sujet, mais aussi celles de l'aménagement des peines.

Le juge d'application des peines devient un élément central du dispositif, articulant le soin et le judiciaire.

Si un suivi socio-judiciaire est mis en place par le juge, après expertise médicale, il comporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous contrôle du juge d'application des peines et pendant une durée déterminée par le jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance (pouvant comprendre une injonction de soins) destinées à prévenir la récidive. Aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement du condamné, mais si ce dernier refuse les soins proposés, l'emprisonnement peut être mis à exécution. L'incitation aux soins, si elle est nécessaire, peut débuter en détention, et être poursuivie après la sortie. La loi a prévu d'instituer un médecin coordonnateur à côté du médecin traitant pour servir de relais entre le médical et le judiciaire.

### 2.3. Les troubles de l'identité sexuelle

L'identité sexuelle se construit depuis la première enfance jusqu'à l'adolescence. Elle implique la reconnaissance de la différence des sexes, et l'acquisition de l'identité de genre, garçon ou fille, à partir de l'âge de 18 mois. Cependant malgré la différence anatomique des sexes le corps est encore peu sexualisé jusqu'à la puberté. Une certaine ambivalence sexuelle peut persister sous forme de fantasme de bisexualisation, ou d'illusion de pouvoir imaginairement être à la fois garçon ou fille, par exemple sous la forme de "garçon manqué". Les identifications aux parents jouent un rôle important dans l'enfance dans la construction de l'identité sexuelle. Les identifications portent sur des aspects partiels de la personnalité de chacun des deux parents (ainsi que d'autres adultes importants), mais les identifications sexuelles concernent en général principalement le parent de même sexe.

Pendant l'enfance cette première construction de l'identité peut être perturbée, par exemple un garçon peut s'identifier principalement à des caractéristiques sexuelles féminines s'il entre dans une intimité très étroite avec sa mère, ou si des aspects masculins et/ou paternels sont haïs ou disqualifiés fréquemment.

Il ne faut pas confondre les troubles de la construction de l'identité sexuelle avec une orientation homosexuelle. L'orientation homosexuelle de l'attirance sexuelle s'établit à l'adolescence, comme orientation du désir et non comme trouble de l'identité. Un homme homosexuel se reconnaît comme un homme, même s'il est attiré sexuellement par d'autres hommes.

Au contraire dans les troubles de l'identité sexuelle le sujet pense que la nature s'est trompée, qu'il est un homme même s'il a un corps de femme, ou qu'elle est une femme même si elle a un corps d'homme. C'est pourquoi le traitement demandé n'est pas un traitement psychologique, mais un traitement réparateur sur le plan médical, impliquant des opérations de reconstruction chirurgicale.

C'est la puberté qui inscrit la sexualité complète dans le corps et dans la personnalité. Après les transformations corporelles de la puberté l'identification complète et définitive à son sexe paraît inéluctable. Cependant le corps sexué peut être attaqué de différentes façons, par exemple chez la jeune fille anorexique dont le syndrome vise à annuler la puberté dans le corps, par l'amaigrissement qui gomme les formes féminines et par l'aménorrhée. Du point de vue biologique les jeunes filles anorexiques reviennent à un stade prépubertaire. Chez le garçon un équivalent de la crise anorexique a pu être décrit dans certaines toxicomanies graves, attaquant le corps sexué, et/ou dans certaines pathologies psychotiques émergeant à l'adolescence, dans lesquelles peuvent exister des troubles majeurs de l'identité sexuelle.

Les ambiguïtés sexuelles à base somatique (malformations des organes génitaux, troubles hormonaux) exposent à des troubles importants de la construction de l'identité sexuelle ; il s'agit

ici de conforter l'identification à un sexe en respectant à la fois l'inclination du sujet et les possibilités de construction chirurgicale d'un sexe ou de l'autre.

Certains sujets ont des troubles de l'identité sexuelle dont ils s'accommodent, sous forme d'ambiguïté sexuelle psychologique. Mais d'autres vivent ce trouble comme un drame.

Dans ce sens la forme la plus complète de trouble de l'identité sexuelle est le transsexualisme, défini par la conviction d'appartenir à un autre sexe que son sexe biologique, et par la démarche de transformation sexuelle. Les sujets concernés font état d'une conviction qui remonte à la première enfance, dès l'âge de 4 à 7 ans.

Il est nécessaire d'éliminer des troubles dissociatifs (schizophrénie) au sein desquels la demande transsexuelle ne serait qu'un des aspects du délire ou des troubles de la personnalité. Pour un certain nombre de sujets transsexuels, cette conviction qui pourrait apparaître au premier abord "délirante" ne semble pas être l'indice d'une maladie psychiatrique plus envahissante.

C'est pourquoi la législation permet actuellement, à condition qu'une procédure stricte soit respectée, la "correction" chirurgicale et hormonale du sexe. Faute de cette procédure les médecins seraient susceptibles d'être inculpés de mutilations. A compter de la première demande de correction chirurgicale, le patient doit accepter de rencontrer durant deux années un psychiatre, qui devra ensuite attester de ces rencontres pour qu'une intervention chirurgicale puisse être entreprise.

Les résultats sont variables, allant de la décompensation psychiatrique (malgré les précautions décrites) à des adaptations de bonne qualité.