

UNIVERSITE DE YAOUNDE

REPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAI-PATRIE

CENTRE UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTE
(C.U.S.S.)

Année Académique 1981-1982

INTRODUCTION A L'ETUDE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE A YAOUNDE

**A PROPOS DE 34 CAS OBSERVES EN CONSULTATION
AU DISPENSAIRE MEDICO-SOCIAL D'ELIG-ESSONO**

THESE PUBLIEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 9 OCTOBRE 1982 POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

Docteur en médecine
Par
Ibrahima FARIKOU

Jury :

Pr NGANDJI F.-A. : Président
Pr CAMARA M. : Membre
Pr NASAH B .T. : Membre
Pr KOUEKE P. : Membre

Directeur de thèse : Pr MAKANG MA MBOG M.

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ

REPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN

PAIX - TRAVAIL - PATRIE

CENTRE UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTE
(C.U.S.S.)

Année Académique 1981-1982

INTRODUCTION A L'ETUDE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE A YAOUNDE

A PROPOS DE 34 CAS OBSERVES EN CONSULTATION
AU DISPENSAIRE MEDICO-SOCIAL D'ELIG-ESSONO

THESE PUBLIEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 9 OCTOBRE 1982 POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

Docteur en médecine

par

Ibrahima FARIKOU

Jury : Pr NGANDJI F.A.: Président
Pr CAMARA M. : Membre
Pr NASAH B.T. : Membre
Pr KOUEKE P. : Membre
Directeur de thèse : Pr MAKANG MA MBOG M.

PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DU CUSS

ANNÉE 1961 - 1962

PERSONNEL ADMINISTRATIF

1. EBEN-MOUSSI Emmanuel..... Directeur du CUSS
2. LANTUM NONI Daniel..... Directeur Adjoint du CUSS
3. NKOULOU Hubert..... Coordinateur Technique
4. EIMO MALONGA Elysée..... Conseiller Pédagogique
5. LOUKANECLINGA Martin..... Secrétaire Général
6. KAPTUE NOCHE Lazare Coordinateur U.S.B.
7. NGU LIFANGI Jacob..... Coordinateur U.S.C.
8. ETCOUNDI ESSOMBA MANI..... Coordinateur U.S.P.
9. BOUMSONG Vincent..... Bibliothécaire
10. ENYEJI ELIJAH TICHA..... Intendant du CUSS

PERSONNEL ENSEIGNANT

a) Professeurs

1. CARTERET Pierre..... Psychologie Humaine
2. EBEN-MOUSSI Emmanuel..... Pharmacologie et Thérapeutique
3. ESSOMBA René..... Clinique Chirurgicale
4. ETCOUNDI ESSOMBA MANI..... Médecine Préventive et Hygiène
5. GANDJI François..... Parasitologie
6. HAGBE Paul..... Cardiologie
7. KAPTUE NOCHE Lazare..... Hématologie
8. LANTUM NONI Daniel..... Santé Publique
9. MAKANG DA NBOG Mathias..... Neuro-Psychiatrie et Psyc.Méd.
10. NASAH Boniface Géneco-Obstétrique
11. NDOKY Dumont Thomas..... Médecine du Trav. et Méd.Légal
12. NGU ANGMAR Victor..... Clinique Chirurgicale
13. NGU LIFANGI Jacob..... Médecine Interne
14. NKOULOU Hubert Pédiatrie
15. OBOUNOU AKONG Dominique..... Anatomie Humaine

b) Maîtres de Conférence

1. ABONDO Antoine..... Anatomie-Pathologique
2. CAMARA MARY..... Neurologie et Neuro-Chirurgie
3. DENIAU Michèle..... Parasitologie
4. EIMO MALONGA..... Chirurgie Générale
5. JATO Johnson..... Chimie Pharmaceutique
6. KAMDON MOYO..... Gynécologie-Obstétrique
7. KQUEKE Paul..... Dermato-Vénérologie
8. MARTIN Gladys..... Médecine Communautaire
9. NCHINDA Thomas..... Médecine Communautaire
10. NGU BLACKETT KATHLEEN..... Médecine Interne
11. NGUEMATCHA Roger..... Microbiologie-Virologie
12. NJIKAM K. Laurance..... Pharmacie Galénique
13. RAISONNIER..... Biochimie Médicale
14. TSALA MBALLA Pierre..... Physiologie Humaine
15. ZOUNG KANYI Jimmy..... Urologie

c) Chargés de Cours

1. ATANGANA Maurice..... Médecine Interne
2. BEJANGA Beltus..... Chirurgie
3. BOWNIN Anne-Elle... Pédiatrie
4. EKAYI NANGA Anne..... Hématologie et Immunologie
5. DOH Anderson..... Gynécologie/Obstétrique
6. EDZOA Titus..... Chirurgie Générale
7. ETANE EWANE..... Sociologie Médicale
8. LEKE Robert..... Gynécologie/Obstétrique
9. MUNA WALINJON..... Médecine Interne
10. ISLL GOUATER Henri..... Biochimie Médicale
11. NGOMING Jeanne..... Biochimie
12. SAME EKODO..... Parasitologie
13. TAKOR TAKOR Thomas..... Histo-Embryologie

d) Assistants

1. ABODO RIENTI..... Anatomie Humaine
2. BEFIDI MENGUE..... Pédiatrie
3. LENTHE SHIRO..... Microbiologie-Immunologie
4. NGBANGAKO..... Anatomie Pathologique
5. MELI Jean..... Médecine Communautaire
6. NKAM Maurice..... Thérapeutique et Réa. Méd.
7. OBAMA Marie-Thérèse..... Pédiatrie
8. TETANGHYE ENDE..... Pédiatrie

CYCLES PROMOTIONNELS (CESSI, CETS)

9. COLLOBE Alice (Mlle)
10. JATO Myriam (Mme)
11. NISSE Sybille (Mme)
12. NASSAH (Mme)
13. NOUMSI André
14. VANDERHAEGEN Nicole (Mlle)
15. BOLLANGA (Mme)
16. JUNANG
17. NGUEMATCHA (Mme)
18. OUSHANOU NASSOUROU

III

A ma Mère,
A mon Père,
A mes frères et soeurs,
A toute ma famille,

Je ne vous nomme pas. Votre modestie en souffrirait.

A mon cousin MAHMOUDOU HAMAN-DJODA. Tu n'as rien épargné pour me voir réussir. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

A mon cousin EL ADJ YERO HAMAN-DJODA, disparu trop brusquement....

A M. MAMOUDOU MOUSSA...

A MM. SOULEY GANGUY et ADAMOU OUMAROU. Vous m'avez démontré tous les deux que la fraternité, cela ne tient pas seulement des liens de sang.

Aux ressortissants de GUIDIGUIS de YAOUNDE et d'ailleurs.

Vous êtes nombreux, je n'en citerai que quelques uns :
ABDOU DJOURO, ABDOULAYE DALIL, ABDOUL RAHMANI ABBASSI, ABDOU MAOUNDE, ABDOU PATCHA, ABDOU SOUDI, ADAMA BOUKAR, Dr. ALI TOUPOURI, Cne AMADOU MAZOU, BOUBA ISSA, DAKOLE DAISSALA, HAMADOU HAMADJOUA, HAMADOU OUMARAINI, HAMADOU SALI, WAZIRI MOUMINI, HAMIDOU HAMADOU, MANA HAMAN, MOUSSA SALI, Cne MOUSSA SIDDIKI, OUMAROU LAOUAL, YERIMA SADJO SADOU, SAIDOU ROUFAOU, SALI ALICUM, Dr. YAOU BOUDAKARI, etc...

A toutes les personnes ci-dessous qui ont apporté leur contribution à mon éducation depuis l'aube de ma vie:

MM. AMINE MOUMOUNE, BAKO DARA, BERNARD, B. DE GAGE, BOLANGA, M. et Mme BRUYAND, MM. CAUCHE, CHALAMET, CHAMMARD, Mme CHARREL, MM. CHATEAU, DOUDET, ELLE BINDOUA Richard, ESCUDIER Denis, FCUMANE ZE Edouard, GAULMES, HAMADOU AMADOU, HICKS, KOULAGNA MDA, LANCEAU, Mlle LEHMANN, MM. LELEU Marcel, LEPIN, M et Mme LESCOP, MM. MAHAMAT, MALGAUC, MAVIAN Jules, MEYONG, MOLLET, NGOLO Gaston, OUMAR MAGRA, PINET, M et Mme RAMM, Mme SAILLOT, MODIBBO TOUKOUR, M. WAMBO NGUEKAM Joseph, Mme ZUG etc...

A tous mes Maîtres du CUSS : vous nous avez appris un noble métier. Puissé-je réunir en moi la sagesse du pr. BOUNDOU, la rigueur scientifique et l'intransigence du Pr. ABONDO, l'esprit scientifique des Prs AQUARON, EDEN-MOUSSI, LANTUM, SAKLA, la conscience professionnelle du Pr. NCHINDA, le savoir-faire du Pr. ZOUNG-KANYI...

IV

Aux camarades du Lycée, pour ce bon vieux temps que nous avons passé ensemble : ABDOULAYE WADJIRI, ADAMA HASSANA, ADAMA YASSIFOU, ALAKAI Adolphe, DJALLO MINIMA, HAMZA Paul...

Aux camarades des Facultés et des Grandes Ecoles de l'Université de Yaoundé, avec qui nous avons vécu la même aventure : ABDU ADJIDJI, ABDOULAYE SERNO, ABDOULAYE YOUNGUDA, Dr ADAM MATE, AMADOU OUMAROU, BAMO Clément, BOUSSOURA BOUBA BELLO, EBONGOM Diamand, LADY BAWA, MAMOUDA ALI, HAMADOU SALY, HARRISSOU ABDOULAYE, NJOCK Raphaëli, SEULLE Jean-Marie, TCHARI BLAMA etc...

A SALAMATOU YACOUBOU,

avec qui nous avons connu les mêmes heures, les mêmes heurts et les mêmes leurres, de la 6ème en 6ème Année du CUSS : 13 ans ensemble dans la même classe, cela laisse des traces...

A tout le personnel infirmier de l'Hôpital Central de Yaoundé, de l'Hôpital Départemental de Mfou, des Centres de Santé Développés de Mbankomo, de Guzang (Nord-Ouest), de l'Hôpital Ad Lucem de Banka - Bafang : vous aussi, vous avez contribué à notre formation.

A tous les malades qui se sont prêtés à ce travail.

A nos Juges.-

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MAKANG MA MBOG , Professeur de neuropsychiatrie. Vous avez bien voulu accepter de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Permettez-moi de saluer en vous un homme de science érudit, intelligent et clairvoyant.

Trouvez ici notre sincère reconnaissance.

Au personnel du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaounda.

Au personnel du Dispensaire Médico-Social d'Elig-Essono :
Dr. YACU, Dr. MONGDUE, MM KABOUH, IBRAHIM NDIAYE etc....

A M. SEINY BOUKAR LAMINE, qui m'a aimablement fourni une bonne partie de la littérature sur les troubles de la sexualité.

A tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réalisation technique de ce travail :

M. ZANBOU ZOLEKO, Directeur Général de la SUPECAM,
Mme BALLE FADIMATOU ;
Mlle FOUDA AWBUMOU Mathilde ;
Mlle NOUDJA Marcelline.

SOMMAIRE

<u>TITRES</u>	<u>PAGES</u> :
RESUME.....	VIII
SUMMARY.....	XI
<u>PREMIERE PARTIE :</u>	
INTRODUCTION.....	2
TERMINOLOGIE - PRECISIONS.....	5
<u>DEUXIEME PARTIE :</u>	
REVUE DE LA LITTERATURE.....	9
<u>TROISIEME PARTIE :</u>	
GENERALITES	
1 - Physiologie de l'acte sexuel.....	14
2 - Principaux troubles sexuels.....	25
3 - Aspects étiologiques.....	34
<u>QUATRIEME PARTIE :</u>	
METHODOLOGIE.....	40
<u>CINQUIEME PARTIE :</u>	
RESULTATS ET COMMENTAIRES	
- Etude clinique des cas et commentaires.....	43
. Caractéristiques de nos malades.....	66
2 Nature des troubles sexuels présentés.....	76
3 Essai de recherche étiologique.....	82
<u>SIXIEME PARTIE :</u>	
ANALYSES ET DISCUSSIONS.....	92
<u>SEPTIEME PARTIE :</u>	
CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS.....	106
BIBLIOGRAPHIE.....	112
ANNEXES.....	117

FR RESUME

R E S U M E

La sexualité humaine est un sujet tabou qui n'a fait l'objet que de très peu d'études dans le monde, particulièrement en Afrique. Est-ce à dire que les troubles de la sexualité n'existent pas chez nous ? C'est peut-être vrai pour la fréquence de certaines déviations sexuelles, mais les troubles sexuels ne se réduisent pas qu'à celles-là. Il y a aussi les troubles liés à l'acte sexuel, les insuffisances sexuelles, pour lesquelles les gens consultent maintenant le médecin. Mais le médecin est-il lui-même suffisamment armé pour affronter les problèmes sexuels de ses malades ?

Le but de notre travail est d'apporter une contribution à l'aide au médecin généraliste qui, parfois est confronté aux difficultés sexuelles de ses patients dans sa consultation journalière.

Nos objectifs spécifiques visent à identifier la nature des troubles sexuels rencontrés à travers les consultations journalières d'un dispensaire urbain de la ville de Yaoundé, d'en déterminer dans la mesure du possible les étiologies et dégager à la lumière de nos résultats et constatations les conclusions et recommandations qui s'imposent.

METHODOLOGIE :

Notre travail a été effectué en 3 mois de Mai à Juillet 1982 dans un dispensaire urbain de la ville de Yaoundé. Nous avons eu total 34 malades (23 hommes et 11 femmes) qui présentaient des troubles sexuels.

A l'aide d'une fiche de consultation préalablement établie, nous avons procédé à un entretien et un examen clinique et paraclinique dans la mesure du possible de chaque malade.

NOS RESULTATS ET DISCUSSIONS :Caractéristiques de nos cas :

Il ressort de nos résultats que l'âge moyen de l'ensemble de nos sujets se situe autour de 28 ans (27,82 ans) et que la plupart finit partie de la tranche d'âge allant de 23 à 27 ans soit 41,17 % des cas. Ce sont donc des sujets jeunes, sexuellement actifs. Les Bamiléké, avec 47,05 % dominent les autres groupes ethniques de nos consultants ; ceci est probablement dû au fait que ce groupe est majoritaire même dans la population générale. Nos sujets ont un niveau d'instruction (primaire : 41,17 % et secondaire : 11,76 %) et des professions modestes. Ce bas niveau d'instruction général aura été un handicap pour expliquer intelligemment leurs troubles sexuels et les professions modestes peu rémunératrices pour la plupart peuvent constituer un terrain d'installation d'une dépression qui peut accentuer les troubles

Nos malades sont tous catholiques (67,64%) ou protestants (32,35 %) : c'est la preuve que nous sommes dans une ^{région} fortement christianisée, mais il semblerait que les musulmans consultent moins le médecin moderne pour leurs troubles sexuels. On note enfin parmi nos malades un fort pourcentage de célibataires, ceci peut constituer un problème quant à la thérapie des troubles sexuels dont on sait aujourd'hui nécessitant la présence des deux partenaires (MASTERS et JOHNSON, 1971).

NATURE DES TROUBLES PRESENTES

Ces troubles sont variés et revêtent plusieurs aspects cliniques chez les hommes aussi bien chez les femmes.

Chez les hommes on note les impuissances secondaires (58,05%), l'éjaculation précoce (19,35 %), l'impuissance primaire (9,67 %), l'anéjaculation (6,45 %), l'éjaculation retardée (3,22 %) et une éjaculation douloureuse (3,22 %). L'impuissance secondaire est dans la plupart des cas (21,73 %) associée à des troubles d'éjaculation. Dans ce cas on peut penser que l'impuissance secondaire est tributaire des frustrations issues des troubles d'éjaculation (éjaculation précoce surtout).

Chez les femmes les troubles sont par ordre de fréquence les dyspareunies (52,63 %), le vaginisme (21,05 %), la frigides (15,70 %) et l'anorgasme (10,52 %). La dyspareunie est isolée (36,36 %) ou associée à d'autres troubles sexuels (54,55 %) qu'elle entraîne souvent (vaginisme, dysfonctionnement sexuel général ou orgasmique).

FACTEURS ETIOLOGIQUES :

Chez les hommes, ce sont les facteurs psychologiques (60,24 %) qui nous ont semblé être pour la plupart être l'origine des insuffisances sexuelles : une masturbation anormalement active, début trop précoce ou trop tardif des activités sexuelles, rapports pervers vécus susceptibles de culpabiliser le sujet, maladie psychiatriques, troubles d'éjaculation, comportement sexuels pervers non satisfaits, responsabilité de la partenaire et un manque d'éducation sexuelle. Les facteurs organiques ont été incriminés pour 39,75 % : ce sont des antécédents d'intervention chirurgicales sur l'abdomen, des affections uréo-génitales, des traumatismes du bassin et du crâne, des hémorroïdes, l'usage d'excitants et de préservatifs, des hypogonadismes et une hypertension artérielle.

Chez la femme les causes organiques sont plus évidentes (72,41%) : ce sont des infections des organes génitaux et du petit bassin, une endométriose et un fibrome utérin, des antécédents de manœuvres obstétricales, l'usage d'excitants.

Dans les facteurs psychologiques (27,50 %) on note des comportements sexuels pervers non satisfaits, des antécédents de viol et un événement accouchement.

CONCLUSION RECOMMANDATIONS :

Les troubles sexuels ne doivent plus faire l'objet d'un doute chez nous car ils existent bel et bien et ne doivent plus être négligés. Les étiologies sont aussi variées qu'inattendues et le seul facteur organique ne doit pas masquer une origine psychique concomitante.

Le traitement des troubles sexuels d'origine organique relève de l'état légal de chaque trouble : il faut traiter la maladie causale. L'hermothérapie précisée jusqu'ici n'est utilisée qu'en cas évidents de troubles sexuels dont l'insuffisance hormonale est constatée biologiquement. Le traitement des dysfonctions sexuelles d'origine psychogène est bien codifié aujourd'hui du moins pour certaines d'entre elles : impuissance, éjaculation précoce, frigidité, vaginisme et dyspareunie. Cette psychothérapie est basée sur la désensibilisation systématique et nécessite la coopération du couple.

Notre étude ne prétend pas épuiser tous les aspects des troubles sexuels. Beaucoup de domaines restent encore à explorer : épidémiologie, séméiologie, etc...

Nos recommandations immédiates sont pour :

1° Une revue de lecture qui plane sur la sexualité humaine afin de comprendre et traiter les troubles sexuels.

2° Une évaluation plus étendue des troubles de la sexualité dans notre milieu.

3° Le renforcement de l'enseignement de la sexologie dans notre Faculté de Médecine.

4° Une éducation sexuelle, élaborée et adaptée à notre milieu.

Tout cela afin que les problèmes sexuels ne continuent plus à faire des victimes en silence dans la société (mariages non consommés, stérilité, divorces, suicides) sans que personne ne criaie halt.

S U M M A R Y

=====

Human sexuality is a taboo. Very few studies have been carried out on this subject in the world, and particularly in Africa. Is it to say that sexual disorders are not frequent here ? It could be true for some sexual deviations but sexual disorders are not only deviations. There are other disorders bound only to sexual act, for example sexual insufficiencies for which people began to consult physicians. But are physicians well armed to face sexual problems of their patients ?

The aim of our study is to give a contribution to help physicians who are usually confronted with problems of sexual difficulties in their daily consultations.

Therefore, our specific objectives are :

- to identify the nature of sexual disorders found through daily consultations of an urban welfare center in Yaounde ;
- to determine their etiologies ;
- and to draw conclusions and recommendations in the light of our results and findings.

METHODOLOGY

This study was carried out between May to July 1982 in an urban welfare center in Yaounde. We examined 34 patients (23 men and 11 women) who complained of sexual problems.

RESULTS AND DISCUSSIONSCharacteristics of our cases :

It appears from our results that the mean age of the total number of our subjects is around 28 years and most of them (41.17 %) belong to the age group of 23 to 27 years. Therefore they are young patients, who are normally sexually active. The Bamilekes predominate over other ethnic groups. We attribute that (for a great part) to the fact that they are more numerous among the general population. Our subjects, in the majority of cases have a low educational level (primary education : 41.17 % and secondary education : 11.76 %). This low educational level was a handicap to describe intelligently their sexual disorders. These patients belong to modest and less remunerative occupations ^{which} is a condition to the installation of depression which stresses psychogenic sexual disorders. Our patients are all christians (catholics : 67.64 % and protestants : 32.35 %). But it would appear that moslems rarely consult modern physicians for their sexual disorders. As regards marital status of our patients, we noticed a high percentage of bachelors amongst them. This can constitute a problem in the psychotherapy of these patients, which needs the presence of both partners (MASTERS and JOHNSON, 1971).

Nature of the disorders presented :

These disorders are various and present several clinical aspects in man and in women. In men, there are secondary impotence (58.06 %), premature ejaculation (19.35 %), primary impotence (9.67 %), anejaculation (6.45 %), delayed ejaculation (3.22 %) and painful ejaculation (3.22 %). The secondary impotence is in the majority of cases (21.73 %), associated with ejaculation disorders.

In these cases we could attribute this impotence to the frustration created by ejaculation disorders (mostly premature ejaculation).

In women, sexual disorders are dyspareunias (52.63 %), vaginismus (21.05 %), frigidity (15.78 %) and anorgasmia (10.52 %). The dyspareunia is isolated (36.36 %) or associated to other sexual disorders (54.55 %) which it can cause (vaginismus, frigidity, or anorgasmia).

Aetiological factors

In men, psychological factors (60.64 %) predominate over the other organic causes (39.75 %). There are abnormally active masturbation, the age of onset of first sexual intercourse, perverse intercourse lived through, psychiatric diseases, ejaculation disorders, non satisfied perverse sexual behavior, the responsibility of the partner, the lack of sexual education. The organic causes incriminated are the history of abdominal surgical operations, the uro-genital infections and diseases, trauma of the pelvis and the head, haemorrhoids, the use of stimulants and contraceptive sheats, hypogonadisme and hypertension.

In women, the organic causes are more evident (72.41 %) : they are infections of the genital organs and the pelvis, endometriosis and uterine fibroids, the history of obstetrical trauma, the use of stimulants, Amongst the psychological factors (27.58 %) we note non satisfied perverse sexual behavior, the history of rape, and delivery event.

CONCLUSIONS - RECOMMENDATIONS

Sexual disorders actually exist and we cannot be ignorant of them any longer. They are of various aetiologies and the organic factor must not hide the concomitant psychogenic origin.

The treatment of sexual disorders due to organic factors depend on the aetiology of every disorder for example we have to treat causative disease. The hormone-therapy, praised up to, is used only in the cases of evident hormonal insufficiency. The treatment of sexual dysjunctions due to psychogenic origin is codified now for a certain number of them : impotence, premature ejaculation, frigidity, vaginismus and dyspareunia. This psychotherapy is based on systematic desensitization and needs the cooperation of the couple. However, our study is not claiming to exhaust all aspects of sexual disorders. Many fields need to be explored : epidemiology, biology etc... Therefore, our immediate recommendations are :

- 1°/ The lifting of taboo that hovers the human sexuality in order to understand and treat sexual disorders.
- 2°/ An extensive evaluation of the sexual disorders in our set.
- 3°/ The reinforcement of the teaching of sexology in our Faculty of Medicine.
- 4°/ Sexual education, elaborated and well adapted to our set.

All these in order to prevent all consequences of sexual disorders among society : non consumed marriages, infertility, divorce, suicides, etc...

PREMIERE PARTIE

// INTRODUCTION

I N T R O D U C T I O N

Les troubles du comportement sexuel sont un domaine tabou. C'est un domaine tabou aussi bien pour les malades que pour le médecin vers qui ils se tournent. Pourtant beaucoup de gens souffrent des troubles sexuels sans en parler. La sexualité est un effet quelque chose que l'homme a toujours caché et la société en a fait un interdit. Le médecin lui-même interroge rarement le malade sur ce sujet et malgré sa volonté d'être systématique dans l'anamnèse, il contourne souvent les troubles sexuels que peut présenter son malade. C'est que dans la plupart du temps et ce, depuis des temps anciens, le médecin se considère comme investi d'un office sacerdotal, très sérieux et incompatible avec la recherche de la jouissance : ABRAHAM et PASINI (1974). Mais peut-être aussi que le médecin ne sait pas comment explorer le comportement sexuel de son malade ? C'est ainsi que du fait de tout le mystère dont entoure la sexualité humaine l'ignorance du public en général et même du public médical est d'une certitude parfois. A l'heure actuelle nous sommes à la pointe des techniques dans tous les domaines : nous sommes allés à la lune, nous fabriquons des bombes atomiques mais nous nous interrogeons encore sur notre propre sexualité sans la comprendre avec ce qu'elle comporte comme variations, préférences, aptitudes, appetit et techniques.

Très souvent, le médecin généraliste n'a reçu que très peu ou pas de formation à ce sujet. ABRAHAM et PASINI (1974) citent cette enquête réalisée en Allemagne sur les connaissances sexologiques des praticiens : sur 100 praticiens interrogés, 25 déclarent vaguement que leurs malades avaient des problèmes d'ordre sexuels. C'est sans doute cette insuffisance de formation du pers. so. qui a porté la matière de sexologie qui a alarmé l'Oas (1975) qui, au cours d'une rencontre de ses experts a préconisé l'introduction ou le renforcement de l'enseignement de la sexologie dans les Facultés de Médecine.

Mais malgré ces difficultés, les gens commencent à consulter pour l'impuissance, les troubles d'éjaculation, le dyspareunie, la frigidité.

Notre travail a consisté à recueillir quelques uns de ces cas qui consultent. Mais nous sommes persuadés qu'il reste une grande partie de la population qui souffre et qui ne consulte pas. Pour cela une grande enquête épidémiologique est nécessaire au niveau de la population générale. De plus l'homme souffret plus facilement de son impuissance sexuelle alors qu'il y a des femmes frigides ne consultent pas.

Elles mettent cela sur le compte du sort : Dieu les a faites ainsi alors elles acceptent cet état. C'est contre cette résignation fataliste que REUBEN (1970) s'insurge et réclame pour ses soeurs à côté de l'Égalité des sexes, le Droit à l'Orgasme.

Mais les troubles sexuels ne se réduisent pas à l'impuissance ou la frigidité. Il faut aussi ajouter les déviations ou perversions sexuelles que FREUD (1967) a étudiées et classées en deux grands groupes :

- les déviations se rapportant à l'objet sexuel : l'inversion sexuelle (exemple l'homosexualité) ;
- les déviations se rapportant au but sexuel : les perversions sexuelles (exemple le fétichisme).

On a trop souvent pensé que les perversions sexuelles sont rares chez nous et si elles existent, elles nous sont venues de l'Occident. Il y a peut-être une part de vérité à cela mais très peu d'études ont été entreprises sur ce sujet. Ce qui est sûr c'est que les Occidentaux nous imposent leurs habitudes de vie entre autres leurs comportements sexuels car ils possèdent des moyens de diffusion que nous n'avons pas. Mais d'une façon générale les troubles sont universels dans la mesure où certains peuvent s'expliquer par un mécanisme de défense : exemple l'homosexualité masculine découlant de la peur d'une femme. Mais nous avons une raison de croire à l'universalité des troubles sexuels : l'anatomie et la physiologie des organes génitaux ne sont-elles pas identiques ? La différence viendra du sens qu'on accorde à l'acte sexuel.

Ainsi chez nous la fonction de procréation semble primer sur les autres fonctions sexuelles. Alors que dans les sociétés Occidentales, sociétés de consommation par excellence où les gens sont à la recherche constante du plaisir, on assiste à une véritable libération sexuelle.

Le médecin est parfois confronté au problème de sexualité normale et anormale. Plusieurs critères ont été utilisés pour définir la normalité sexuelle : un critère médical (sain ou malade) ; un critère juridique (punissable ou pas) ; un critère éthique enfin (bon ou mauvais). Pour ERIKSON (1950) cité par ABRAHAM et MASINI (1974) la normalité sexuelle doit inclure une mutualité de l'orgasme, avec un partenaire aimé de l'autre sexe, dont on peut ^{et} veut accorder son cycle de travail, de procréation, de récréation, afin d'assurer aussi aux enfants un développement satisfaisant.

Pour KINSEY (1958) qui a étudié les problèmes sexuels à travers des statistiques, la normale dans l'activité sexuelle c'est ce qui est pratiqué par le plus grand nombre. Un point de vue consiste à penser que les troubles de la sexualité relèvent de la psychiatrie parce que 95 % des cas semblaient être d'origine psychogène. Mais à mesure que les recherches étiologiques avancent le pourcentage des causes organiques prend sans doute le pas sur celui des causes psychiques. Plus tard sans doute ce sujet, tout en étant dans le domaine psychiatrique auquel il était confiné, nécessitera une coopération plus étroite de plusieurs autres spécialistes : internistes, pédiatres, gynécologues, urologues etc...

Souligner en outre que la santé sexuelle, compte tenu des conséquences sociales qui entraînent sa défaillance, stérilité, mésententes conjugales, suicides etc...) est un problème de santé publique.

À la lumière de tout ce qui précède, le but général de notre travail est d'apporter une contribution à l'aide au médecin généraliste qui, très souvent est confronté aux difficultés sexuelles de ses patients dans sa consultation journalière.

D'une façon générale l'ultime mérite de ce travail aura été d'oser parler largement ici de ce que tout le monde tait et dont la majorité de la population souffre.

Nos objectifs spécifiques sont :

1°) Identifier la nature des troubles sexuels rencontrés à travers les consultations journalières d'un dispensaire urbain de la ville de Yaoundé.

2°) Essayer de déterminer, par le biais de l'interrogatoire, de l'examen clinique et paraclinique dans la mesure du possible, les étiologies de ces troubles.

3°) Déduire à la lumière de nos résultats les conclusions et recommandations qui s'imposent.

Notre travail comportera 7 (sept) parties :

1ère Partie : Introduction

2ème Partie : Revue de la littérature

3ème Partie : Généralités

I - Physiologie de l'acte sexuel

II - Principaux troubles du comportement sexuel

III - Aspects étiologiques

4ème Partie : Méthodologie

5ème Partie : Résultats et commentaires

6ème Partie : Analyse et Discussions

7ème Partie : Conclusions-Recommandations.

TERMINOLOGIE - PRECISIONS :

Nous devons les définitions et précisions suivantes :

- SILLANY (1967) - FREUD (1962) JULLIARD (Ed, 1979)
- FICHOT et Coll (1973) - ELLIS cité par ABRAHAM et PASINI (1974).

1°) COMPLEXE DE CASTRATION :

Crainte inactivée de perdre l'intégrité de son corps (de son membre viril). Les psychanalystes considèrent que le complexe de castration constitue pour l'individu, le choc affectif le plus important de son existence dont les prolongements peuvent retentir sur le développement ultérieur de sa sexualité et de ses relations futures.

2°) BUT SEXUEL :

C'est un acte auquel pousse le besoin sexuel

3°) COMPORTEMENT SEXUEL :

Le comportement sexuel désigne la recherche d'une situation ou d'un objet susceptibles de réduire les tensions et les besoins sexuels de l'individu.

4°) CONFLIT OEDIPIEN

C'est une situation de lutte de tendances, d'intérêts chez le garçon ou la fille pendant le stade phallique freudien.

Chez le garçon, le désir premier est d'être et de rester l'objet de sa mère. Il souffre de voir, de plus en plus clairement, que la mère dispose d'une autre référence affective en la personne du père, personnage possesseur du phallus qui représente l'autorité et la loi. Objet d'amour de la mère, le père est un obstacle au désir de l'enfant et il est haï. Le sentiment de culpabilité qui se développe alors conduit le jeune garçon à craindre un châtiement en retour de ses désirs vis-à-vis de sa mère et de ses fantasmes agressifs vis-à-vis du père. L'angoisse de castration est le point culminant du conflit oedipien ; c'est pour échapper à ce risque que l'enfant renonce à sa mère et abandonne ses investissements libidinaux. Le renoncement est une acceptation de la loi du père : le garçon intériorise donc un système d'interdictions. On dit qu'il s'identifie au père.

Chez la fille, le complexe de castration a une position différente dans le conflit. La constatation du manque du pénis déclenche chez elle une envie du pénis et un complexe de masculinité. Le sentiment d'infériorité qui en découle s'accompagne d'un ressentiment marqué vis-à-vis de la mère. La fille renonce au désir du pénis et trouve une issue valorisante dans le désir nouveau d'avoir un enfant du père. La situation triangulaire caractéristique du conflit oedipien est désormais établie avec un objet libidinal en la personne du père et une rivale en la personne de la mère.

5°) DESENSIBILISATION SYSTEMATIQUE :

C'est une attitude thérapeutique qui consiste à déconditionner le patient de son trouble : le thérapeute suggérera au patient d'accepter une période de soumission et de dépendance afin qu'il applique les mesures d'aide visant à modifier le comportement et la réponse sexuelle habituelle du patient - une véritable rééducation sexuelle.

6°) FANTASMES EROTIQUES :

Evocation de scènes érotiques déjà vécues, ou projetées, purement imaginaires. C'est une technique psychologique nécessaire à l'orgasme chez des individus dont le partenaire immédiat n'est pas satisfaisant.

7°) INSUFFISANCE SEXUELLE

Il y a insuffisance sexuelle lorsqu'un sujet éprouve peu ou pas du désir, tire peu de plaisir de la stimulation, parvient difficilement à commencer ou à poursuivre le coït, ne peut atteindre l'orgasme ou n'éprouve que peu ou pas de satisfaction.

8°) LIBIDO :

Energie motrice des instincts de la vie. La libido a une importance fondamentale dans les conduites humaines, qu'elle conditionne en grande partie. N'étant pas attachée exclusivement aux organes génitaux, elle peut s'orienter vers des objets ou des personnes (LIBIDO objectal) se tourner vers le corps propre (libido narcissique) ou encore alimenter des activités intellectuelles (libido sublimée).

9°) OBJET SEXUEL :

Personne qui exerce un attrait sexuel.

10°) PHALLUS :

Le phallus désigne, sur un plan imaginaire et symbolique la force, la fécondité que confère la possession du membre viril. Le phallus joue un rôle important dans certaines conduites humaines, liées à son acceptation ou à son refus.

11°) PSYCHANALYSE :

Méthode de traitement des troubles mentaux reposant sur l'investigation psychologique profonde. Son fondateur est Sigmund FREUD.

12°) PSYCHOTHERAPIE :

Application méthodique des techniques psychologiques déterminées pour rétablir l'équilibre affectif perturbé d'un individu.

13°) REACTIONS SEXUELLES :

Ensemble de modifications réflexes et volontaires, provoquées par les stimuli sexuels.

14°) TABOU SEXUEL :

Caractère interdit, sacré et inviolable de la chose sexuelle. Dans notre société la prohibition de l'inceste correspond à un tabou dont l'origine est obscure.

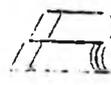
15°) VOLUPTÉ :

Pleisir sexuel intense, résultant de l'excitation mécanique des parties génitales, qui aboutit, normalement à l'orgasme.

16°) Zone érogène :

Région de l'épiderme ou des muqueuses qui, excitée, procure une sensation de plaisir d'une qualité particulière.

DEUXIEME PARTIE :

 REVUE DE LA LITTERATURE

La sexualité humaine a fait l'objet de très peu d'études de par le monde pour des raisons diverses. Toutes les recherches ont été limitées par l'interdiction dont en a fait la société par ses tabous religieux, culturels et juridiques. La réaction de la médecine classique envers le sexe était le rejet : le médecin se sentant plus à l'aise à résoudre un problème de douleur plus fondamental que celui du plaisir. Les idées ont par la suite beaucoup évolué et la sexologie eut un regain d'intérêt mais les chercheurs étaient en butte à de nombreuses accusations de besoin de luxure et d'approbation. De plus le manque "d'animaux de laboratoire" en ce domaine empêchait toute étude fondée et vérifiée par des expérimentations.

Si une sexologie commence cependant à exister depuis le siècle dernier, il s'agit d'une sexologie essentiellement descriptive, une description des phénomènes sexuels, groupés avec des critères plus ou moins nosographiques. Les pionniers furent KRAFT-ERBING, Havelock ELLIS, Magnus HIRSCHFELD, Auguste FOREL (ABRAHAM et PASINI, 1974). Le langage sexologique était à ce moment celui porteur d'une maladie vénérienne et adressé au dermatologue.

C'est FREUD qui par le mérite d'élaborer une conceptualisation scientifique des faits sexuels mettant l'accent sur leur historicité progressive au cours du développement individuel. FREUD créait en somme une sexologie psychiatrique qui resta malgré son importance une sexologie fragmentaire.

Nous retiendrons des Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité de FREUD (1962) qu'une bonne partie de déviations sexuelles qu'on peut rencontrer chez l'adulte névrosé ou pervers est due à des impressions subies pendant l'enfance soit-disant asexuelle : les causes en sont la constitution de l'individu la précocité sexuelle, la persévérance ou capacité de fixation et l'excitation par des influences extérieures.

KINSEY (1968) essayera plus tard de comprendre la sexualité par le biais des statistiques. KINSEY a établi le comportement sexuel de 20.000 personnes dont 12.000 hommes et 8.000 femmes. Il a ainsi déterminé les différents types d'activité sexuelle (rapports homo ou hétéro-sexuelle, masturbation, émissions nocturnes, contacts avec l'animal etc...) et les facteurs affectant ces activités sexuelles : la croissance, la fréquence coïtale, l'âge, le statut matrimonial, la résidence, le niveau d'instruction, la religion). Les observations de KINSEY ont certes permis d'établir une certaine normalité sexuelle (celle pratiquée par le plus grand nombre),

il n'en demeure pas moins que c'est une sexologie sociologique de marque segmentaire. Le courant psychanalytique freudien entraînera dans son sillage cependant plus tard d'autres chercheurs comme Karl ABRAHAM, FERENCZI, JONES et un groupe de femmes: Hélène DEUTSCH, Marie BONAPARTE, Melanie KLEIN, Thérèse BENEDEK (ABRAHAM et FASINI, 1974).

Dans la même axe que KINSEY, MASTERS et JOHNSON donnèrent un substratum physiologique à la fonction érotique, fondée sur l'observation directe empirique, dénuée de tous les problèmes relationnels - MASTERS et JOHNSON (1968) ont d'abord étudié les réactions sexuelles de 694 hommes et femmes au moment de l'acte sexuel et ont ainsi jeté les bases physiologiques de l'activité sexuelle. Les résultats de ces observations sont désormais indispensables au médecin psychiatre et à tous ceux qu'intéressent les problèmes de la sexualité humaine. Dans un second ouvrage MASTERS et JOHNSON (1971) publient le résultat de 11 années de recherche sur la psychotérapie des insuffisances sexuelles fondées essentiellement sur les échanges couple - thérapeute. MASTERS ne permet pas à l'individu souffrant de ses troubles sexuels de rester seul, avec les idées préconçues pour son partenaire : il exige que le partenaire soit présent dans la plénitude de la réalité. Mais le couple inséparable de MASTERS condamne un peu chacun des partenaires pris isolément à ne fonctionner qu'avec l'autre. Le membre le moins atteint court le risque et le danger d'être conscient d'avoir acquis la possibilité de rendre ou de retirer la puissance de guérison selon les circonstances. Le pourcentage de succès des MASTERS et JOHNSON (80 % de succès symptomatiques avec un recul de 5 ans sur 790 cas) bien que encourageant nous paraît fragile à la longue.

À la suite de ces chercheurs, REUBEN (1970) choqué par l'ignorance de ses contemporains à propos des choses du sexe écrit un important ouvrage de vulgarisation des problèmes de la sexualité humaine. Cet ouvrage qui est un véritable dictionnaire de sexologie, a recueilli une approbation quasi-universelle - REUBEN y aborde avec une franchise inhabituelle et un humour qui plaît, tous les problèmes sexuels sous forme de jeux de questions-réponses : les organes génitaux, le coït, les aphrodisiaques, les troubles sexuels proprement dits, l'avortement, les maladies vénériennes etc..

Dans un compte-rendu d'un congrès international de sexologie médicale tenue récemment et qui a connu un grand succès (plus de 1000 participants représentant 50 nations), PIGNEY (1975) tente d'analyser à travers les communications qui avaient été faites les acquisitions récentes en matière de sexologie.

Elle cite notamment SIMON qui a fait une communication sur son très fameux "Rapport sur le comportement sexuel des Français", un ouvrage de 900 pages, publié en 1972. SIMON a noté en effet qu'en France, curieusement, la différenciation entre sexualité et reproduction était récente. PIGNEY cite également THOMAS qui a traité un thème sur "le suicide et les troubles sexuels". Ce dernier a noté que sur 6.000 patients suicidaires, plus de la moitié étaient motivés par des problèmes d'origine sexuelle : impuissance, frigidity, homosexualité, masturbation, rupture avec le partenaire etc....

Au tout dernier congrès de sexologie tenue à Jérusalem, TOROJIAN (1981), après analyse des communications faites donne une conception qui se veut réaliste de la sexologie. Il conclut en effet que "la sexologie d'aujourd'hui a droit de cité sur le plan scientifique, même si la sexualité doit échapper, pour conserver son authenticité à ce nouveau tyran, "l'expert sexuel", qui ne doit pas, sous couvert de science, remplacer les anciennes contraintes religieuses et sociales par des normes de rythme, de fréquence, de durée".

En Afrique, très peu d'études ont été consacrées à la sexologie. Les quelques rares études qui ont été faites dans cette optique l'ont été dans le dessein premier de satisfaire la curiosité des Occidentaux sur ce nouveau champ d'investigation, différent du leur. Nous rendons cependant hommage à HANRY (1970) qui le premier sans doute, a réalisé une enquête objective sur le comportement sexuel des adolescents Guinéens en vue d'un projet d'éducation sexuelle adapté à la République de Guinée. Dans ce rapport, on peut noter que 45 % de garçons de ce milieu déclarent avoir pratiqué la masturbation, 17 % ont reconnu avoir eu des expériences homosexuelles tandis que 90 % ont eu des rapports hétérosexuels au moment de l'enquête. BPAND (1973) a rapporté les pratiques sexuelles d'une tribu de la vallée de l'Ouémé (Benin) : entre autres pratiques, il a noté le test de virilité effectué sur le bété garçon lors de son premier bain par la mère qui verse de l'eau assez chaude sur la verge pour provoquer l'érection. Chez les filles il rapporte la pratique de l'étirement des petites lèvres et du clitoris en vue d'un éveil de leur sensualité. Dans le même ordre d'idée, MAKONGE et ERNY (1976) ont décrit les comportements sexuels chez les Baushi de Kinama dans la région du Shaba au Zaïre. Ces études faites souvent par des ethnologues ont le mérite cependant d'affirmer que l'éducation sexuelle existe bel et bien dans les sociétés traditionnelles africaines.

Mais le problème pathologique n'a pas été abordé franchement, bien que nous ayons eu connaissance d'un cas d'impuissance sexuelle décrit au Sénégal par BLOP et COLLOMB (1965).

Au Cameroun, certaines études faites jusqu'alors ont abordé plus ou moins directement les problèmes sexuels - BOB'OYONO (1976) a évoqué les troubles fonctionnels divers engendrés par les infections pelvi-génitales et chirurgicales de la femme camerounaise : pelvialgies, dyspareunies, troubles de règles. ZE NVONDO (1976) en étudiant l'hypertrophie bénigne de la prostate à l'Hôpital Central de Yaoundé a bien fait ressortir les conséquences de cette affection sur l'activité sexuelle : diminution de la libido, et partant du rythme des rapports sexuels, troubles de l'éjaculation. MBOG (1976) en analysant les complications urologiques des fractures du bassin à l'Hôpital Central de Yaoundé note une impuissance sexuelle sur 75 sujets de sexe masculin (12,5 %). LANTUM (1978) dans une étude sur les facteurs affectant la fécondité et le divorce en zone rurale du Cameroun évoque le "mauvais traitement" et la négligence de la femme par le mari comme causes prépondérantes de divorce. Dans une étude de NTONE (1980) à propos de 483 cas de conduites suicidaires à Yaoundé, on note que les mésententes sentimentales et conjugales viennent en tête des motivations invoquées chez 23 malades. Tout récemment MBEO (1981) enfin dans une étude de l'infécondité masculine, note que 15,68 % des 51 malades étudiés présentent des problèmes sexuels en rapport avec leur stérilité. Le mérite d'une approche très détaillée des troubles sexuels au Cameroun revient à MONKAM (1973) dans une communication faite aux Premières Journées Médicales de Yaoundé. MONKAM y rapporte 13 observations parmi 60 des sujets examinés en consultation pour troubles sexuels. Il y relève les difficultés de diagnostic des troubles sexuels qui peuvent être relégués au second rang ou masqués par des troubles de sommeil ou d'appétit chez les hommes. Chez les femmes, des pelvialgies, des douleurs lombaires et une asthénie s'associent aux dyspareunies et au dysfonctionnement sexuel en général. Parmi les causes psychiques des troubles sexuels, MONKAM relève la fatigue et le surmenage, un choc érotif, des conflits familiaux, un manque d'attrait de la partenaire et un terrain névrotique. Mais il ne fait pas la différence entre les causes psychiques et certaines maladies psychiatriques dont les troubles sexuels ne sont que des symptômes. De plus cette étude a fait abstraction de toutes les causes organiques qu'il faut, répétons-le, rechercher avant de conclure à une origine psychique des troubles sexuels.

Il reste donc, en conclusion, beaucoup de domaines encore inexplorés pour une connaissance plus objective de la sexualité humaine

TROISIEME PARTIE :

GENERALITES

GÉNÉRALITÉS1. PSYCHOLOGIE DE L'ACTE SEXUEL NORMAL

L'acte sexuel ne se réduit pas à la rencontre de 2 partenaires de sexe opposé. Un individu qui se masturbe effectue aussi un acte sexuel. Dans ce qui suit nous ne parlerons que de l'acte sexuel normal, tel qu'il a été décrit par MASTERS et JOHNSON (1966), dans leur célèbre ouvrage,

Les Réactions sexuelles. Ce travail est le résultat de 11 années de recherches : aussi en a pu mesurer les réactions sexuelles de 124 hommes et femmes au moment de l'acte sexuel dans un laboratoire équipé d'un matériel moderne et sophistiqué. Cet ouvrage est aujourd'hui une référence universelle. MASTERS et JOHNSON ont méthodiquement divisé le cycle de l'acte sexuel chez l'homme et la femme en 4 phases :

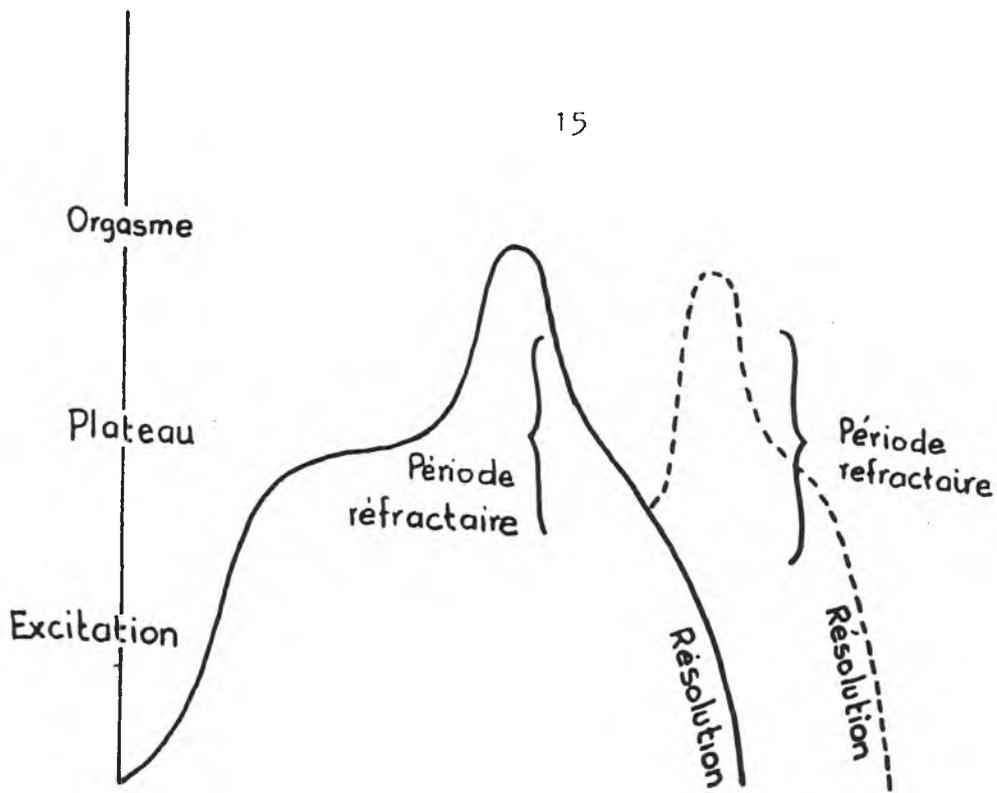
- la phase d'excitation
- la phase de plateau
- la phase de l'orgasme
- la phase de résolution.

Des autres auteurs comme LOBROT (1978) en marge de ces 4 phases fait état d'une phase préliminaire ou phase de pulsion sexuelle ou libido - "la pulsion est une chose qu'on subit, une irrésistible qui s'exerce sur nous". C'est un processus purement dynamique consistant dans une poussée (charge d'énergie) qui fait tendre l'organisme vers un but. La source de la pulsion se situe dans une excitation corporelle qui provoquerait une tension. Le but de la pulsion serait de supprimer la tension. En d'autres termes, chaque individu normal aurait un potentiel de pulsion de repos qui augmenterait lorsqu'il est soumis à une excitation sexuelle.

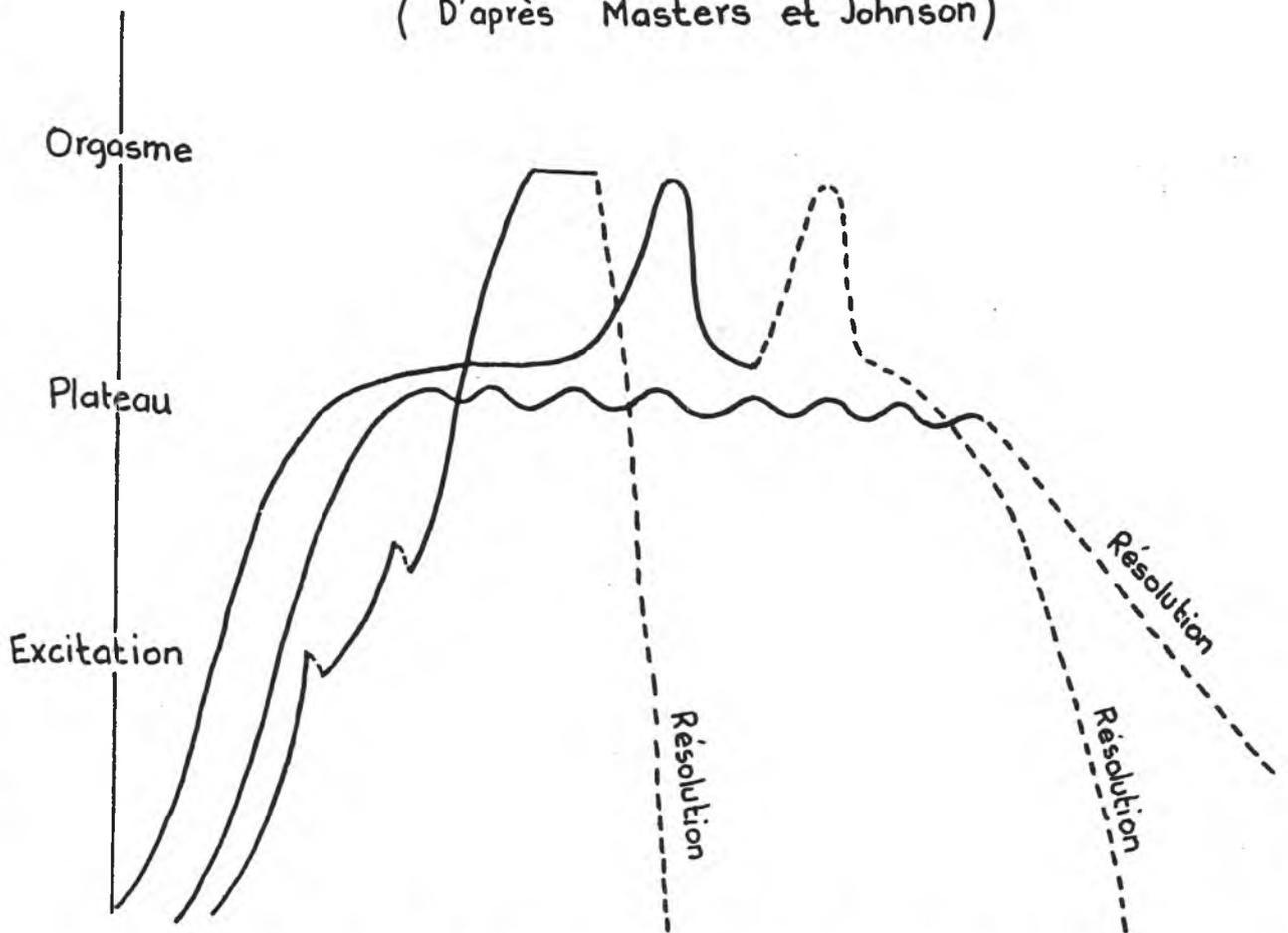
Les 4 phases de l'acte sexuel sont importantes à connaître pour comprendre l'insuffisance sexuelle humaine car les troubles sexuels sont liés à chacune de ces étapes de réponse sexuelle.

1.1. Description sommaire des 4 phases de l'acte sexuel1.1.1. La phase d'excitation :

Elle est produite par n'importe quelle source de stimulation physique ou psychique. Elle se traduit par une vaso-congestion des organes génitaux de l'homme et de la femme et par l'activité des glandes annexes. Si la source de la stimulation n'est pas interrompue, il va passer à la phase suivante.



LE CYCLE DE REPONSE SEXUELLE
CHEZ L'HOMME
(D'après Masters et Johnson)



LE CYCLE DE REPONSE SEXUELLE
CHEZ LA FEMME
(D'après Masters et Johnson)

1.1.2.

La phase en plateau

Au cours de cette phase il y a une vaso-congestion généralisée avec un accroissement de la tension neuro-musculaire ce qui permet l'intrusion avec augmentation de la tension voluptueuse. Cette phase a une durée plus longue chez la femme.

1.1.3.

LA PHASE ORGANISMIQUE :

La phase organismique est limitée au quelques fractions de secondes durant laquelle la vaso-congestion et la myotomie issues de l'excitation sexuelle se relâchent. La sensation subjective de l'orgasme a lieu au niveau du pelvis. Elle se localise spécifiquement dans le clitoris le vagin et l'utérus chez la femme ; dans le pelvis, la prostate et les vésicules séminales chez l'homme.

1.1.4.

LA PHASE DE RESOLUTION

Cette période régressive de baisse de tension se développe suivant un type de réaction inverse qui conduit l'individu à un état de non-excitation en passant par la phase en plateau et celle de l'excitation. C'est une période réfractaire donc, dont la durée varie selon l'âge, les individus et la participation de la partenaire. Les femmes ont la possibilité de retourner à un plusieurs nouveaux orgasmes à n'importe quel moment de la phase de résolution, si elles sont soumises à une nouvelle stimulation efficace. Chez l'homme pendant la phase de résolution, une nouvelle stimulation ne peut mener à un nouvel orgasme avant la fin de la période réfractaire. Physiologiquement la possibilité qu'à l'homme de répondre à une nouvelle stimulation est beaucoup plus lente que chez la femme.

1.2.

REACTIIONS SEXUELLES PENDANT L'ACTE SEXUEL

1.2.1.

REACTIIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME :

1.2.1.1.

AU NIVEAU DES ORGANES GENITAUX :

(clitoris, vagin, grandes et petites lèvres, grandes de Bartholin).

LE CLITORIS :

Le rôle du clitoris est de servir essentiellement au recaptacle et à la transformation des stimuli sexuels. Cet organe a des similitudes anatomiques avec le pénis mâle. Mais il diffère du pénis quelque peu du point de vue fonctionnel.

Pendant la phase d'excitation la taille du gland clitorien augmente. Cette tumescence du gland est plus lente et moins importante si la stimulation est indirecte plutôt que directe : exemples :

.../...

manipulation des seins, coït actif ou imaginaire ceci est important à connaître car selon MASTERS et JOHNSON (1968) le traitement de toute frigidité passe par la masturbation. En plus de l'augmentation du gland du clitoris, il y a accroissement du diamètre du clitoris et un allongement de la hampe clitoridienne.

Pendant la phase en plateau, il y a retraction du corps clitoridien (hampe et gland).

Pendant la phase d'orgasme on ne note pas de réaction évidente.

En phase de résolution, il y a retour à la normale de la taille du clitoris en 5 à 10 secondes ; la congestion peut durer jusqu'à 5 à 10 minutes. Notons que DICKINSON et PERSON (1928) cités par MASTERS et JOHNSON (1968) ont fait observer qu'il n'y a aucune relation entre la taille du clitoris et son efficacité sexuelle.

En résumé ; les femmes peuvent parvenir à l'orgasme sans que les variations anatomique et physiologiques du clitoris interviennent pendant la réponse sexuelle. PLOSS (1935) cité par MASTERS et JOHNSON (1968) rapporte que certaines tribus africaines mesurent la sexualité de la femme d'après la longueur du clitoris et l'hypertrophie labiale. Ce phénomène est rapporté par BRADY (1973) à propos d'une tribu Wamoums de la vallée de l'Ouémé au Bénin. Des jeunes filles de 12 à 23 ans pratiquent l'étirement du clitoris et des petites lèvres avant le mariage dans le but d'acquiescer plus de plaisir au futur époux.

LE VAGIN

Pendant la phase d'excitation, il y a une lubrification des parois vaginales par un phénomène de transpiration due à une réaction vaso-congestive importante. De plus, on a une dilatation et un allongement du canal vaginal jusqu'à 7,5 ou 10,5 cm. Le phénomène de vaso-congestion produit aussi une altération de couleur de la muqueuse vaginale. On note enfin pendant la phase d'excitation un aplatissement des replis vaginaux.

Pendant la phase en plateau, il se forme une plate-forme dite orgasmique dans le 1/3 externe du vagin : ce phénomène est dû à une vaso-congestion très nette entraînant un rétrécissement d'environ 50 % de l'orifice vaginal, ceci permet la rétention de sperm après l'orgasme mâle.

En phase orgasmique, cette plate-forme orgasmique disparaît. Pendant la phase de résolution, il y a un relâchement de l'isthme et le liège du canal vaginal dilaté. Chez la femme multipare l'isthme est conservé longtemps tandis que la multipare perd plus tôt le liquide seminal.

UTERUS :

Pendant la phase d'excitation, on note une élévation partielle de l'utérus en position antérieure et un développement de l'excitabilité du corps.

Pendant la phase en plateau, l'élévation devient complète et il y a un accroissement de l'excitabilité du corps.

Pendant la phase orgasmique, on note des contractions utérines qui commencent au niveau de son fond, progressent dans sa partie moyenne et se terminent au niveau du segment inférieur. L'importance des contractions utérines est fonction de l'intensité de l'expérience orgasmique. Chez les Multipares on note une augmentation de la taille de l'utérus de 50 %.

En phase de résolution, on observe une béance de l'orifice externe du col qui continue de 20 à 30 mn. En plus pendant cette phase, l'utérus s'abaisse pour revenir à sa position normale de repos dans le bassin et le col descend dans la mare séminale créée par une excavation de la paroi postérieure du vagin.

LES GRANDES LEVRES

Les grandes lèvres s'amincissent et s'aplatissent contre la paroi et s'élèvent antéro-latéralement probablement ce phénomène est dû à l'engorgement des petites lèvres sous-jacentes et la vaso-congestion du 1/3 externe du vagin.

Pendant la phase de résolution, tout rentre dans l'ordre.

Si la phase d'excitation et la phase en plateau se prolongent, la rougeur et la congestion voire un œdème peuvent persister bien après l'arrêt des stimulations sexuelles.

LES PETITES LEVRES

Les petites lèvres augmentent de diamètre : ce diamètre est multiplié par 2 ou par 3. Ces petites lèvres changent de couleur et à ce propos on a décrit ce phénomène comme étant "la peau sexuelle" de la femme répondant à une activité sexuelle. Cette "peau sexuelle" rend compte du degré de tension sexuelle qui habite un individu du point de vue clinique. La réaction de

Pendant la phase résolutive, ce phénomène disparaît en 10 à 15 secondes.

D'une façon générale, les changements au niveau des petites et grandes lèvres ont pour but de faciliter la pénétration du pénis en élargissant la longueur du canal vaginal.

LES GLANDES DE BARTHOLIN :

Elles se situent dans chacune des petites lèvres. Elles sécrètent pendant le coït une substance mucoïde qu'on a pensé qu'elle faciliterait la pénétration vaginale contracte et insensible : DEWEE et KEMPTON (1950), HURSTEIN et FALLER (1950), MOLL (1912), RÖHLEPER (1907), URBACH (1921) et VAN DE VELDE (1930) tous nommés par MASTERS et JOHNSON (1968).

Mais MASTERS et JOHNSON (1968) ne sont pas de cet avis et ils apportent une lumière à ce phénomène. Cette substance sécrétée est en effet de faible quantité et ne permet donc qu'une lubrification minime du vagin. Ils ont montré en plus que la lubrification vaginale provient essentiellement d'une transpiration de surface qui se produit aux stimuli sexuels.

1.2.1.2.

LE NIVEAU DES ORGANES EXTRA-GENITAUX

LES SEINS :

On observe une érection des mamelons, une augmentation de la netteté de réseau veineux aréolaire et un accroissement de la taille générale de la poitrine avec tumescence des aréoles pendant la phase d'excitation.

Pendant la phase en plateau, on a un engorgement des aréoles. D'une façon générale la poitrine de la femme augmente de taille de 1/5 à 1/4 de sa taille normale. On note cependant peu d'accroissement chez une femme qui a déjà allaité plus d'un enfant. Ce phénomène est dû à la vaso-congestion et à la distension des tissus fibreux de soutien qui revêtent les lobes de la poitrine. De plus, sur une peau blanche ou claire, on note une rougeur sexuelle.

Pendant la phase orgasmique les modifications décrites plus haut atteignent leur maximum.

Pendant la phase de résolution la rougeur sexuelle disparaît et on note une détumescence des aréoles. Très souvent l'augmentation de volume de la poitrine demeure de 5 à 10 minutes après la fin de la phase orgasmique.

LA ROUGEUR SEXUELLE :

C'est une éruption résultant d'une vaso-congestion superficielle : c'est une éruption érythémateuse maculo-papuleuse type rougeoleuse.

Elle apparaît successivement au niveau de l'épigastre, des seins, du thorax, du bas-ventre, des épaules, de la région anti-brachiale, antérieure, des cuisses, des fesses, du dos. Cette éruption atteint son intensité maximum à la fin de la phase en plateau et cesse après l'orgasme en sens inverse de son apparition.

L'URÉTHRE ET LA VESSIE :

À ce niveau il y a une distension involontaire du méat externe pendant l'orgasme.

ELLIS (1954), GRAFFENBERG (1950), HARDEN BERGH (1949), et VAN DE VELDE (1930) tous cités par MASTERS et JOHNSON (1969), ont rapporté un besoin d'uriner pendant ou juste après le coït, un tressaillement de la vessie et de l'urètre : c'est ce qu'on a appelé la "cystite de lune de miel" des internistes.

LE RECTUM :

On a observé une contraction volontaire du sphincter anal afin d'accroître la tension sexuelle chez certaines femmes pendant l'excitation de la phase en plateau.

Il y a même une contraction involontaire de l'anus 2 à 3 fois pendant l'orgasme.

LA MYOTONIE :

C'est une contraction musculaire d'abord volontairement puis involontaire. On a décrit un véritable spasme corporel chez les femmes allongées sur le dos.

L'HYPERVENTILATION :

Le rythme respiratoire s'accélère et dépasse 40 cycles par minute lors du maximum d'une expérience orgasmique violente.

LA TACHYCARDIE :

Des rythmes de 110 à 180 cycles par minute rapportés reflètent une grande variation d'intensité orgasmique chez la femme et chez l'homme. MASTERS et JOHNSON précisent que les rythmes les plus élevés se voient pendant la masturbation chez la femme plutôt que pendant le coït.

LA TENSION SANGUINE :

Une hypertension artérielle passagère d'effort est décrite, la systole s'élève de 30 à 50 mm de mercure et la diastole de 20 à 40 mm de mercure.

LA REACTION DE SUDATION :

Pendant les expériences de MASTERS et JOHNSON, plusieurs femmes ont décrit une sensation de chaleur ou de froid en phase de résolution. Une mince pellicule de sueur se rencontrerait au niveau du dos, des cuisses, de la paroi thoracique, des aisselles, des épaules, de la plante des pieds, de la paume des mains et sur les lèvres chez 1/3 des femmes.

1.2.1.3

L'ORGASME CHEZ LA FEMME :

L'orgasme féminin est défini physiologiquement comme un phénomène de relâchement physique, de l'augmentation de la myotonie développée, en réponse à des stimuli sexuels. Mais c'est aussi un phénomène psychologique fait de sensation de suspension ou d'arrêt suivi d'une reprise de conscience. Pour expliquer l'orgasme féminin, il importe de considérer les facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux auxquels il est lié :

- facteurs physiologiques : certaines conditions physiques sont nécessaires à une réponse sexuelle adéquate et la preuve en est donnée par la myotonie, volontaire ou involontaire, les contractions des organes internes, la rougeur sexuelle.

- facteurs psychologiques : il y a des sensations subjectives décrites par le rapport des femmes qui ont coopéré aux expériences de MASTERS et JOHNSON : la chaleur ressentie d'abord dans le pelvis puis dans tout le corps, le sentiment de contraction involontaire au niveau du vagin ("le battement pelvien"), la sensation des contractions anales.

- facteurs sociologiques : certaines conditions peuvent influencer l'orgasme féminin : le choix des zones érogènes, les techniques coïtales, le masturbateur, le partenaire, le lieu choisi pour expérimenter le coït.

1.2.2.

REACTIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME

1.2.2.1.

AU NIVEAU DES ORGANES GENITAUXLE PENIS :

La morphologie du pénis faite de corps caverneux, de corps spongieux répond bien à la réponse de dilatation du pénis par vasocongestion de ses structures. Ces structures reçoivent le sang par l'artère dorsale de la verge et les artères caverneux branches des honteuses internes. Le retour veineux se fait par la veine dorsale superficielle et profonde.

Pendant la phase d'excitation il y a une érection du pénis. Cette érection peut s'atténuer ou s'interrompre par une diversion (cri, bruit, voix étrangère etc...) et reprendre par la suite.

Pendant la phase en plateau le diamètre pénien augmente. Le gland peut changer de couleur = ceci a été observé chez 20 % des sujets d'expérience.

Pendant la phase orgasmique, il se produit des contractions régulières du sphincter de l'urètre, des muscles du pénis et du périnée. Ces contractions aboutissent à l'expulsion du fluide séminal sous forte pression. La durée de l'intervalle entre deux contractions est de 0,8 seconde. Il ya 3 ou 4 premiers efforts d'expulsion suivis d'autres qui diminuent progressivement.

En phase de résolution, il y a diminution de l'érection du pénis qui se passe en deux temps : d'abord il y a réduction du volume du pénis non stimulé ; ensuite on observe une involution jusqu'à sa taille normale de repos.

L'URETHRE :

L'urètre s'allonge, augmente de diamètre : ceci s'accompagne d'une distension du bulbe uréthral indiquant l'imminence de l'éjaculation. Ces modifications de l'uréthre suivent naturellement le rythme d'érection et d'involution du pénis.

Quelques "erreurs phalliques" ancrées dans l'esprit de beaucoup de gens méritent d'être relevées:

1) On a souvent pensé que les hommes circoncis à l'inverse de ceux qui ne le sont pas, du fait qu'ils ont le gland nu, avaient plus de difficultés à contrôler l'éjaculation. Ces deux groupes d'hommes ont été soumis à des tests neurologiques de sensibilité : la différence de sensibilité n'est pas significative.

2) Une autre idée très répandue considère que plus l'homme possède un pénis grand, plus il est efficace comme partenaire sexuel. MCKINSON (1949) cité par MASTERS et JOHNSON (1966), étant le premier à s'intéresser à ce facteur longueur du pénis, a établi les mesures suivantes des pénis à l'état flaccide = 8,5 à 10,5cm avec une moyenne de 9,5 cm.

3) MASTERS et JOHNSON (1966) ont réfuté l'hypothèse selon laquelle l'érection d'un plus grand pénis donne une taille plus grande que celle du pénis plus petit ceci après avoir effectué des observations de pénis de différentes tailles à l'état flaccide et en érection.

4) Enfin une opinion très répandue dans toutes les civilisations considère que plus l'homme est grand et musclé, plus le pénis était grand. MASTERS et JOHNSON (1966) à la suite de PIERSON (1907) rejettent également cette hypothèse après avoir mesuré et comparé les pénis de 312 hommes âgés de 21 à 89 ans et affirment qu'il n'y a aucune relation entre la constitution générale d'un homme et la taille de son appareil génital.

LE SCROTUM :

Il y a épaissement du tégument scrotal et disparition des replis scrotaux et contraction du sac scrotal en phase d'excitation et en phase de plateau.

En phase de résolution la congestion du scrotum disparaît rapidement.

LES TESTICULES :

Les deux testicules s'élèvent vers le périnée grâce au raccourcissement des cordons spermatozoaires. Ce phénomène témoigne de l'imminence de l'orgasme.

En phase de résolution la congestion disparaît et il y a descente des testicules.

1.2.2.2.

AU NIVEAU DES ORGANES EXTRA-GENITAUX

Comme chez la femme, certains organes extragénitaux répondent à l'excitation sexuelle par vaso-congestion et par la myotomie.

LES SEINS :

La réactivité des seins est moins marquée que chez la femme. Chez certains hommes on a noté une érection des mamelons et une tumescence des aréoles.

LA ROUGEUR SEXUELLE :

Elle se produit à la fin de la phase d'excitation. Cette éruption vasculo-papulaire apparaît d'abord au niveau de l'épigastre, de la paroi thoracique, s'étend ensuite au cou, au visage, au front et se termine au niveau des épaules, de l'avant-bras, des cuisses. Elle disparaît en sens inverse de son apparition.

LE RECTUM :

On note ici aussi une contraction volontaire et involontaire du sphincter anal.

LA MYOTOMIE :

Elle se produit à la fin de la phase d'excitation et pendant la phase de plateau.

Il y a une contraction de tous les muscles. On note un spasme carpo-pédal chez des hommes stimulés à des niveaux de tension sexuelle élevés et pendant la masturbation.

LES RÉACTIONS CARDIO-VASCULAIRES :

Des hyperventilations supérieures à 40 cycles par minute ont été enregistrées et considérées comme physiologiquement normales. Cette hyperventilation indique le degré de tension sexuelle.

De plus on note une élévation de la fréquence cardiaque, en réaction de l'augmentation de la tension sexuelle, de 100 à 180 cycles par minute.

La pression sanguine s'élève de 40 à 100 mm de mercure pendant la systole et de 20 à 50 mm de mercure pendant la diastole.

LA RÉACTION DE SUDATION :

Elle est observée chez 1/3 des sujets. Il y a une réaction involontaire de transpiration juste après l'orgasme au niveau de la plante des pieds et la paume des mains; du tronc, du cou, du visage.

L'ORGASME MASCULIN :

L'orgasme masculin comme l'orgasme féminin dépend des facteurs physiologiques et psycho-sociaux.

Physiologiquement il se passe en 3 temps. D'abord on a une expulsion de liquide séminal après contraction de l'épididyme, du déférent, des vésicules séminales et de la prostate; pendant ce temps, il y a fermeture du sphincter vésical pour empêcher le sperme de passer dans la vessie. Ensuite il y a relâchement du sphincter interne de la vessie qui permet l'écoulement du liquide séminal. Enfin la propulsion du plasma séminal par les muscles périnéaux se produit.

Sur le plan psychologique, un certain nombre de phénomènes subjectifs interviennent pendant l'orgasme: l'incapacité à rester en érection, la violence des premières contractions éjaculatoires, le plaisir relatif et plus grand après une abstinence de longue durée et un volume de liquide séminal plus grand.

D'une façon générale l'orgasme masculin est peu influencé par les facteurs sociaux chez l'homme.

Peut-être est-ce dû au fait que cet orgasme a été supposé plus facile à obtenir que l'érection du penis.

2.

PRINCIPAUX TROUBLES DU COMPORTEMENT SEXUEL

Les troubles de la sexualité humaine peuvent être classés en deux grands groupes :

- les troubles liés à l'acte sexuel
- les déviations sexuelles.

2.1.

LES TROUBLES LIÉS A L'ACTE SEXUEL

HELD (1956) cité par MICHAUX (1955) a donné une classification des insuffisances sexuelles chez l'homme qui éprouve bien les différentes phases de l'acte sexuel :

- absence d'appétit sexuel, sans désir d'en avoir (anaphrodisie) ;
- absence d'appétit sexuel mais avec désir d'en avoir, donc de rencontrer une femme pour "voir si on en aurait" ;
- appétit sexuel mais peur d'aborder une femme ;
- "abord" d'une femme, mais sans donner suite ;
- "suite donnée" mais pas d'érection ni d'éjaculation ;
- pas d'érection et éjaculation sans pénétration ;
- pénétration mais éjaculation rapide, avec cessation de l'érection ;
- pénétration sans éjaculation : impuissance orgastique ; il n'y a dans ce cas, jamais d'éjaculation à l'état de veille ;
- éjaculation survenant en temps normal, mais le plus souvent "à vau-l'eau" et non sentimentale, sans orgasme voluptueux et parfois ou continue sensation de douleur.

C'est ce qu'on voit donc l'impuissance sexuelle revêt plusieurs aspects cliniques et touche plusieurs phases de l'acte sexuel : désir, érection, éjaculation.

2.1.1.

LES TROUBLES DE L'ERECTION

L'érection est la manifestation somatique de l'intérêt sexuel. En cas d'impuissance, elle peut ne pas se produire, être incomplète ou fugace.

L'impuissance sexuelle peut alors revêtir deux aspects :

IMPUISSANCE PRIMAIRE : (cas n°^s 5, 17, 19)

C'est une absence totale d'érection ou une érection trop brève pour permettre l'acte sexuel : jamais l'impuissant primaire ne pu parvenir au coït, quelque soit le type de partenaire.

.../...

IMPUISSANCE SECONDAIRE (cas n°^s 2,3,4,6,7,8,9,10,12,13,15,16, 18,20,21,22,23).

C'est le fait d'un homme qui a pu au moins une fois pratiquer des rapports sexuels satisfaisants. Il a généralement réussi la première fois, puis les autres fois suivantes jusqu'au moment où il connaît son premier échec.

2.1.1.2.

LES TROUBLES DE L'EJACULATION

EJACULATION PRECOCE (cas n°^s 1,7,8,10,16,22).

Il est extrêmement difficile de donner une définition clinique de l'éjaculation précoce : c'est généralement défini comme toute éjaculation survenant 35 secondes ou moins à partir de l'introduction de la verge. MASTERS et JOHNSON (1971) définissent l'éjaculateur précoce l'homme qui dans 50 % des rapports sexuels se retire avant d'avoir satisfait sa partenaire.

Notons que dans certains cas l'éjaculation précoce peut se produire avant l'intrusion.

EJACULATION RETARDEE OU TARDIVE (cas n° 2)

C'est l'impossibilité d'obtenir l'éjaculation malgré la poursuite assidue de la stimulation en particulier au cours du coït. Cependant le sujet peut obtenir l'éjaculation sans de suite satisfaire sa partenaire. Ces sujets qui peuvent maintenir leur érection pendant longtemps sont considérés comme des "surperformeurs" par leurs partenaires auxquelles ils procurent des orgasmes itératifs.

ANEJACULATION OU ABSENCE D'EJACULATION (cas n°^s 2,14).

Cette impossibilité d'éjaculer est une forme d'insuffisance sexuelle masculine qui présente selon les cas un caractère primaire ou secondaire. Chez certains sujets qui l'ont connue pour la première fois elle peut provoquer la crainte d'un échec ultérieur et aussi conduire à une impuissance secondaire.

2.1.1.3.

LES TROUBLES SEXUELS DE LA FEMME

La femme est de nature hypersensible et passive. Elle est affectée d'une sensibilité plus grande au plaisir et à la douleur, aux sentiments et à tous les événements émotifs. Cette hypersensibilité sur le plan sexuel lui confère une plus grande disponibilité critique que l'homme d'un côté, mais de l'autre elle le prédispose la femme à une fragilité. Les insuffisances sexuelles féminines ne constituent donc pas seulement une absence d'orgasme, mais aussi toute insatisfaction après le coït. On distingue chez la

forme 3 principaux troubles sexuels : les frigidités, la dyspareunie, le vaginisme.

LES FRIGIDITES (cas n°^s 24,25,27,29,32).

Les frigidités sont constituées par l'inaptitude de la femme aux plaisirs sexuels. On retrouve plusieurs aspects cliniques de la frigidité qui s'échelonnent le long des différentes phases de l'acte sexuel. HELLÉ (1956) cité par RICHOUX (1965) a aussi donné une classification des aspects cliniques de l'insuffisance sexuelle féminine :

- absence de désir, sans sensation agréable avec au contraire une possibilité de sentiments de dégoût, parfois de véritables nausées ou des crises d'asthme ;

- inhibition de la sensibilité totale : la verge n'est pas perçue dans le vagin ;

- inhibition de la motricité se manifestant par une absence de sécrétion vaginale ou absence de contractions et relâchement successifs accompagnant normalement l'orgasme ;

- inhibition complète : le désir sexuel pendant l'orgasme est faible, fait de sensations "lointaines" ;

- frigidité partielle : la sensibilité du vagin est abolie, mais il persiste une sensibilité clitoridienne. Cet état résulterait d'une fixation de la sexualité infantile décrite par Freud (1962) : la pratique masturbatoire persistera et dominera la sexualité adulte.

ABRAHAM et FABINI (1974) et ELLIS cité par RICHOUX (1965) constatent que la femme, d'une façon générale est plus lente à développer une réaction sexuelle à la stimulation suffisante à conduire l'orgasme que l'homme.

LA DYSPAREUNIE (cas n°^s 24,26,27,28,29,30,31,33,34)

La dyspareunie est une douleur périnéale ou pelvienne ressentie pendant le coït par la femme. Ce mot dérivé du grec signifie "mal accouplé". La douleur se situe à différents endroits du vagin et peut entraîner des repercussions sur l'abdomen et même sur la région rénale. Son intensité varie également. Parfois elle survient au début ou à la fin du rapport ou encore persiste pendant toute sa durée. Certaines femmes l'éprouvent au cours de chaque coït d'autres uniquement avant les règles ou encore en période de fatigue et de tension nerveuse.

Dans un certain nombre de cas la dyspareunie est d'origine organique : toute inflammation des organes génitaux provoque des sensations pénibles au moment de l'acte sexuel. Mais dans bon nombre de cas les troubles sont d'origine psychologique : la femme qui accouplée à son mari manifeste par ces organes génitaux ce qu'elle répugne à prendre un plaisir sexuel avec un homme qu'elle ne désire pas.

LE VAGINISME (cas n° 25, 26, 31, 33)

Le vaginisme est un trouble psychosomatique qui rend difficile sinon impossible l'acte sexuel. Il est provoqué par une contraction spastique des muscles du périnée, de la vulve et de l'orifice vaginal, accompagné ou non d'une réaction de douleur. Le diagnostic de vaginisme se fait à l'interrogatoire complété par un examen clinique gynécologique. MASTERS et JOHNSON (1971) insistent sur la réaction caractéristique de ces femmes pendant l'examen gynécologique : "elles se glissent vers l'arrière de la table gynécologique, les pieds quittent les étriers tandis que leurs cuisses se pressent devant la menace d'un regard ou d'un geste vers le vagin".

3.2.

LES DEVIATIONS SEXUELLES

Une déviation sexuelle ou perversion sexuelle ou paraphilie désigne un comportement sexuel dans lequel la source prédominante de satisfaction sexuelle est obtenue par des moyens autres qu'un rapport hétéro-sexuel normal. Cependant l'évolution des mœurs et les progrès réalisés en sexologie ont eu pour effet d'entraîner une révision du concept de déviation. Ainsi l'onanisme considéré autre fois comme déviation sexuelle ne l'est plus aujourd'hui puisque la plupart des hommes et des femmes y ont recours. Beaucoup d'auteurs confirment à cet effet les statistiques de KINSEY (1968) : 90 % des hommes et 70 % des femmes se sont masturbés à un moment de leur vie. SELMON et PATCH (1971) comme d'autres auteurs considèrent certains "acte pervers" (cunilingus, fellation) comme normaux s'ils précèdent un coït normal.

Les premières lumières sur la dynamique des déviations sexuelles ont été fournies par FREUD (1962) dans ses Trois Essais sur les Théories de la Sexualité. FREUD pose comme hypothèse que l'énergie sexuelle ou libido est présente en chacun de nous à la naissance sous forme non organisée. Ce stade pré-génital ou "pervers polymorphe" est caractérisée par une satisfaction sexuelle tirée des sources non génitales ou autoérotiques (sucer, mordre, déféquer) et plus tard voyeurisme et exhibitionnisme.

Plus tard, pendant l'âge adulte, ces instincts sexuels primaires s'arrêtent et aboutissent à une prédominance de stimulation génitale. Mais ils ne disparaissent pas complètement : le sucube par exemple persiste sous forme de baiser, utilisé d'ordinaire en prélude à un acte sexuel normal. Ainsi une part de déviations sexuelles qu'on peut observer chez l'adulte névrosé seraient dues à des impressions, à une fixation du stade pré-génital qui devient une source prédominante de satisfaction sexuelle.

2.2.1.

CLASSIFICATION DES DEVIATIONS SEXUELLES

FREUD (1962) a regroupé les déviations sexuelles ou aberrations sexuelles en deux grandes parties :

2.2.1.1.

LA DEVIATION SE RAPPORTANT A L'OBJET SEXUEL

- l'objet sexuel est un être humain appartenant au même sexe que le deviant : c'est l'inversion sexuelle : homosexualité masculine (pédérastie) ou féminine (lesbianisme) ;

- l'objet sexuel est un être humain prépubère ou un animal : pédophilie, zoophilie ou bestialité.

2.2.1.2.

LA DEVIATION SE RAPPORTANT AU BUT SEXUEL OU PERVERSION SEXUELLE

- elle peut être le fait de transgressions anatomiques : il y a surestimation de l'objet sexuel qui conduit à l'usage sexuel d'autres parties du corps : muqueuses buccales, orifice anal. La surestimation de l'objet sexuel peut aussi conduire à la substitution impropre de l'objet sexuel par certaines de ses parties (partialisme de cheveux, des pieds) ou par un objet inanimé qui touche l'être aimé (fétichisme).

- elle peut être le fait d'une fixation de buts sexuels préliminaires : le sujet s'arrête sur certains actes sexuels qui, normalement doivent être franchis pour atteindre le but sexuel final (exemple baiser ou contact des muqueuses buccales, toucher ou regarder l'objet sexuel).

2.2.2.

LES PRINCIPALES DEVIATIONS SEXUELLES

2.2.2.1.

AUTOEROTISME OU MASTURBATION OU ONANISME (cas n° 1, 3, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34).

La masturbation est définie comme l'obtention d'une satisfaction sexuelle à travers une stimulation non coïtale. Cette pratique est, paraît-il considérée comme un péché par certaines religions orthodoxes à cause de l'interprétation dont on en a faite à travers le comportement d'Onan dans l'Ancien Testament (qui pratiquait le coït interrompu).

Pour beaucoup d'auteurs, comme nous l'avons souligné plus haut, l'onanisme n'est pas à proprement parler une déviation sexuelle. Chez l'adulte l'onanisme peut rester la seule source de satisfaction sexuelle pour les disgraciés physiques, les religieux, les vieilles prolongées, les veuves irrécupérables, certaines femmes frigides. Il est plus souvent occasionnel et remplace le coït lors d'une privation temporaire des possibilités hétéro-érotiques pour certaines personnes : soldats, prisonniers, marins, malades aillés. Dans ce cas plusieurs auteurs considèrent qu'elle n'est pas forcément pathologique : MICHAUX (1965). Par contre BERNARD et TROUVE (1977) considèrent les masturbations qui s'accompagnent de fantasmes (images et situations inaccessibles) comme symptômes névrotique car elles entraînent un sentiment de culpabilité. Alors que certaines masturbations narcissiques (où le sujet qui se masturbe se contemple simultanément dans un miroir) constituent des conduites perverses sans aucune culpabilité.

2.2.2.2. L'ORALISME (cas n^{os} 28, 31)

L'oralisme est défini comme étant l'obtention du plaisir sexuel par contact bucco-génital. Selon que se sont les parties génitales féminines ou masculines qui sont concernées, on distingue :

- LE CUNNILINGUS : pratique de caresses bucco-linguales sur les organes génitaux externes féminins (clitoris et orifice vaginal).

- LA FELLATION : caresse buccale pratiquée sur le pénis d'un partenaire.

L'oralisme n'est considéré comme perversion que s'il remplace complètement, fréquemment les rapports sexuels normaux.

2.2.2.3. LA SODOMIE (cas n^o 24)

La sodomie désigne la pratique qui consiste pour un homme à introduire son pénis dans l'anus d'une femme ou d'un homme s'il est homo-sexuel. Cette pratique semble avoir été courante dans certaines sociétés antiques (Grèce, Afrique du Nord, Orient) : JULLIARD (1979).

2.2.2.4 L'HOMOSEXUALITE (cas n^o 10)

L'homosexualité est définie comme un désir de contact avec des personnes du même sexe que soi. L'homosexualité entre femme est appelée lesbianisme et les adeptes portent le nom de lesbiennes. Un homme ou une femme qui entretient des rapports sexuels avec des personnes de l'un ou de l'autre sexe est appelé bisexuel.

L'homosexualité semble être la plus fréquente des déviations sexuelles. Selon le rapport KINSEY (1968), 4 % de l'aucasiens vivant aux Etat-Uni sont homo-sexuels exclusifs et 37 % ont eu un contact homo-sexuel dans leur vie avec ou sans organe.

Dans les pays occidentaux les homosexuels se rencontrent surtout dans des agglomérations urbaines. Les hommes affectionnent des métiers féministes (acteurs, décorateurs intérieurs, danseurs, coiffeurs) et les femmes aiment au contraire des métiers agressifs qui leur procurent les qualités viriles qu'elle recherchent (conducteurs d'engins, ingénieurs).

Plusieurs théories ont été avancées quant au fondement de l'homosexualité. Pour SOLOMON et PATCH (1971) chacun d'entre nous a une composante homosexuelle (latente) et hétérosexuelle dans nos conduites sexuelles. Certains hommes hétérosexuels investissent leur tendance homosexuelle latente dans l'amitié avec les autres hommes, dans la musique, dans l'art. Les femmes hétérosexuelles peuvent sublimer leur composante homosexuelle dans l'amitié avec les autres femmes, dans le sport, la politique. L'homosexualité peut avoir une structure perverse (à ce moment elle est acceptée par le sujet) ou une structure névrotique (dans ce cas elle est rejetée par le sujet). La théorie psychanalytique est la plus admise : chez l'homme, il s'agirait d'une impossibilité d'identification au père et d'une recherche constante de la puissance virile chez le partenaire, afin d'apaiser "l'angoisse de castration". Chez la femme les mécanismes profonds de l'homosexualité sont mal connus. DRUGALL (1968) cité par BERNE et TROUVÉ (1977) a mis en évidence le rejet de l'image du père, haï et dangereux qui détournerait la fille des hommes.

2.2.2.5.

L'EXHIBITIONNISME (cas n° 5)

Cette conduite consiste en l'exhibition des organes génitaux chez l'homme ou de tout le le corps avec prédilection pour les seins chez la femme, comme moyen de satisfaction sexuelle.

La théorie psychanalytique de l'exhibitionnisme chez l'homme est liée à l'angoisse de castration : l'homme chercherait à prouver qu'il a un pénis en le montrant aux autres pour qu'ils soient témoins de sa virilité.

2.2.2.6

LE VOYEURISME (cas n° 5, 8, 18)

Le voyeurisme désigne la conduite où le sujet néglige parfois le coït et préfère le spectacle de la nudité d'autrui et la vision des actes sexuels des autres, généralement des femmes.

Le plaisir du voyeur (comme de l'exhibitionniste) est la plupart du temps accompagné de masturbation terminée par un orgasme sans pour cela obtenir une satisfaction sexuelle.

2.2.2.7.

LE TRAVESTISME

Le travestisme désigne le désir de porter des vêtements du sexe opposé comme moyen de satisfaction sexuelle.

Le travesti se masturbe et atteint l'orgasme généralement grâce au contact que lui procure ces vêtements.

2.2.2.8

LE TRANSSEXUALISME

Le transsexualisme se définit comme le désir de changer de sexe. Le transsexuel aspire à une véritable transformation sexuelle. C'est un névropathe persuadé d'appartenir au sexe opposé à celui dont il possède tous les attributs physiques.

À l'origine de cette névrose, on rencontre souvent de grandes insuffisances parentales, surtout le regret de la mère de n'avoir pas produit un enfant de sexe désiré : c'est souvent elle qui inaugure le transsexualisme.

Le transsexuel connaît souvent d'abord un stade de travestisme.

2.2.2.9

LE FÉTICHISME ET LE PARTIALISME (cas n° 15)

Cette pratique consiste à attribuer à un objet inanimé (fétichisme) ou une partie du corps (partialisme). Un tel pouvoir d'excitation érotique que cet objet ou cette partie du corps en vient à jouer le rôle principal dans le processus d'accès au plaisir sexuel. Pour BERNARD et TRUVE (1977) les pratiques fétichistes ne s'accompagnent généralement pas de lutte intérieure, ni d'anxiété et aboutissent à un orgasme de bonne qualité. Elles ne sont donc pas considérées comme des déviations sexuelles.

2.2.2.10

LE SADISME ET LE MASOCHISMELE SADISME :

Le penchant est celui d'une personne qui éprouve de la jouissance sexuelle en infligeant une souffrance ou une humiliation à ses partenaires.

LE MASOCHISME : (cas n°s 2, 24, 28, 31, 32).

Le masochisme au contraire est un comportement sexuel dans lequel le sujet tire sa jouissance de la douleur ou de l'humiliation que ses partenaires lui infligent.

Le sado-masochisme désigne l'ensemble des penchants sadiques et masochistes réunis chez une même personne.

Un certain degré de sadisme est courant chez l'homme pendant l'acte sexuel tandis que la femme porte toujours quelques traits masochistes qui sont parfois nécessaires à sa jouissance sexuelle.

A cet effet STEKEL (1949) cité par ABRAHAM et PASINI (1979) affirme que "maintes anesthésies erotiques sont la suite d'un manque de violence et que la violence m^{le}, les corps, les ordies, les colères peuvent exciter la sexualité féminine". ABRAHAM et PASINI (1974) reprennent dans le même sens la fameuse phrase de NIETZSCHE : "Si tu vas chez la femme, n'oublie pas le fouet".

Des cas extrêmes de comportement, sado-masochistes s'accompagnent souvent des actes violents (flagellation, tortures brûlures, morsures, enchaînements, crimes sadiques.)

Le sadisme comme le masochisme trouve son sens dans l'éroticisation de la douleur dans les relations sexuelles. La conduite sado-masochiste est une fixation ou une régression aux plaisirs archaïques des stades sadique-oral ou sadique-anal.

2.2.2.11.

LA PÉDOPHILIE : (cas n^{os} 10, 18)

La pédophilie désigne le penchant sexuel qui recherche un contact sexuel avec un enfant ou une personne prépubère des deux sexes. Elle peut s'accompagner d'une impuissance sexuelle, à ce moment l'acte sexuel se limite à la masturbation et à l'exhibitionnisme devant l'enfant. S'il y a contact sexuel généralement le pédophile peut tuer le partenaire pour éviter un témoignage.

2.2.2.12.

LA GERONTOPHILIE :

C'est une variation sexuelle qui se manifeste chez une jeune personne par un attirance érotique exclusive pour des personnes âgées.

La gérontophilie est difficile à déterminer car il est rare qu'un jeune homme ou une jeune fille épouse une personne âgée uniquement par amour. Généralement ce sont les raisons matérielles qui prévalent.

2.2.2.13.

SPECIALITE DE ZOOPHILIE (cas n^o 10)

Ces vocables désignent l'acte sexuel accompli par un être humain avec un animal. Cette pratique sexuelle se rencontre surtout dans les zones rurales, l'homme y vivant constamment en contact avec les animaux. Cette pratique serait le fait d'une pulsion sexuelle irrésistible et d'une absence totale de moralité.

2.2.2.14.

LE FROTTEGE (cas n^o 5)

C'est un comportement sexuel qui consiste à se frotter ou à se presser contre une personne, généralement contre les fesses d'une femme dans une foule.

La violence des frotteurs se trouve dans le chantage qu'ils exercent à l'égard de leur "victime" qui ne peut les dénoncer par peur du scandale. Ce comportement est considéré comme pervers s'il devient le seul moyen de parvenir à l'orgasme.

2.2.2.12. PERVERSION DE GROUPE OU SEXUALITE DE GROUPE (cas n° 32).

La perversion de groupe désigne une activité sexuelle simultanée avec deux ou plusieurs partenaires.

Cette pratique serait courante en Europe (Scandinavie, Pays-Bas, Italie, Suisse, Allemagne) et aux Etats-Unis : JULLIARD (1979).

2.2.2.13. LES AUTRES ANOMALIES DE LA CONDUITE SEXUELLE

Dans ce groupe, nous citerons sans insister certains problèmes sexuels courants ayant des ramifications légales ou sociales.

° L'INCESTE : (cas n° 30)

L'inceste désigne les rapports sexuels pouvant survenir entre personnes ayant des liens étroits de parenté : père et fille, mère et fils, frère et sœur. Notons que chez nous, certains ethnies du Mali-Sénégal considèrent comme incestueux les rapports sexuels entre cousins.

° LE VIOL : (cas n°^s 25, 32, 34).

C'est un acte d'agression sexuelle accompli par violence physique, intimidation ou ruse, généralement par un homme sur une femme.

° LA TRAITÉMENT (cas n°^s 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 19)

C'est une pratique rémunérée de l'acte sexuel.

° LA PORNOGRAPHIE : (cas n°^s 9, 17, 20)

La pornographie désigne les écrits (livres, publications, images, films) utilisés dans le but d'exciter le lecteur ou le spectateur. Son adépte associe à cette pratique un comportement voyeuriste.

3. ASPECTS ETIOLOGIQUES

Dans les causes des insuffisances sexuelles on distingue généralement les causes psychologiques et les causes organiques. Mais il faut savoir que qu'on peut rencontrer des étologies intriquées psychologiques et lésionnelles.

3.1.

LES CAUSES PSYCHOLOGIQUES

Ces causes sont variées. Il importe de distinguer les causes psychologiques chez l'homme et la femme séparément étant donné la nature différente des insuffisances sexuelles dans les deux sexes.

3.1.1.

CHEZ L'HOMME

L'insuffisance sexuelle peut être passagère ou prolongée. Dans le cas d'une insuffisance sexuelle passagère, plusieurs phénomènes peuvent intervenir :

- la peur de l'échec surtout chez des personnes qui expérimentent l'acte sexuel pour la première fois ;
- l'attitude négative de la partenaire : une partenaire qui fait par exemple des remarques déplacées ou qui effectuerait des mouvements de dérochement au moment crucial ;
- la partenaire elle-même : son physique mais aussi le type de partenaire : tel homme est impuissant avec sa femme mais répond sexuellement de façon normale avec sa maîtresse ou vice-versa ;
- la peur d'être contaminé par une partenaire dont la propreté paraît douteuse ou alors peur de féconder une jeune fille.

L'impuissance sexuelle prolongée peut être le fait d'un complexe de castration d'une "femme phallique" : c'est une femme qui aspire à avoir un pénis et agir comme un homme ; ce type de femme est très agressive. De plus certaines idées hypochondriaques peuvent habiter un tel type d'individu : exemple l'idée d'avoir un petit pénis,

3.1.2.

CHEZ LA FEMME :

La dysfonction sexuelle féminine résulte la plupart du temps d'une inhibition sexuelle. Cette inhibition sexuelle peut avoir plusieurs causes :

- hostilité à l'homme : l'homme est enseigné par sa mère comme étant brutal. Le plus souvent la mère est elle-même froide. KUBERNIK (1977) rapporte le cas de Mademoiselle de Lapoul, personnage des "Hommes de bonne volonté" de Jules Romains quand elle se marie, sa tante, vieille fille, sa seule conseil- lère, lui explique que l'amour consiste pour l'homme à déposer une ordure au sein de la femme.

- attitude négative générale à l'égard du sexe : la femme a reçu une éducation qui a toujours repris la sexualité et il en résulte des sentiments d'infériorité, de dépendance, de narcissisme intense.

- conflit œdipien non résolu : l'enfant ou le mari est considéré comme le substitut du père.

3.1.3.

CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

Certaines maladies psychiatriques sont liées aux insuffisances sexuelles ou aux perversions sexuelles en général. Ainsi certaines dysfonctions sexuelles sont parfois les manifestations de certains états névrotiques ou psychotiques : schizophrénie, schizophrénie.

3.2.

LES CAUSES ORGANIQUES :

3.2.1.

CAUSES ENDOCRINES :

Il s'agit de toutes les conditions où on peut avoir un dérèglement de l'équilibre hormonal entraînant soit une baisse soit une augmentation du taux des androgènes responsables des caractères secondaires et du comportement sexuel :

- Acromégalie
- maladie d'Addison
- cancer de la surrenale (avec ou sans syndrome de Cushing)
- adénome chromophile ;
- craniopharyngiome ;
- agénitalisme (comprenant le syndrome de Klinefelter) ;
- tumeur féminisante du testicule ;
- infantilisme ;
- traitement à base d'œstrogènes ;
- myxoœdème ;
- obésité ;
- toxicose thyroïdienne

3.2.2.

CAUSES NEUROLOGIQUES :

- sclérose latérale amyotrophique ;
- tumeur de la moelle épinière ;
- sclérose en plaques ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies nerveuses périphériques ;
- spina bifide ;
- tabes dorsale ;
- lésion du lobe temporal.

3.2.3.

CAUSES INFECTIEUSES :

- urétrite ;
- achite bactérienne ou courlonne ;
- prostatites chroniques ;
- cervico-vaginites ;
- tuberculose -génito-urinaire ;
- gonorrhée
- onchocercose.

3.2.4.

CAUSES MALFORMATIVES :

- hypospadias ;
- cryptorchidisme ;
- syndrome de Del Castillo
- dysgénésie tubulaires idiopathiques ;

3.2.5.

CAUSES TRAUMATIQUES :

- castration ;
- torsion testiculaire ;
- lésion des canaux déferents ;
- traumatisme du bassin ;
- traumatisme gynéco-obstétricaux chez la femme.

3.2.6.

MALADIES SYSTEMIQUES :

Elles sont toutes les maladies générales produisant une faiblesse ou une léthargie qui influencent la conduite sexuelle :

- anémie ;
- malnutrition ;
- maladies cardio-vasculaires ;
- infection sévères ;
- cancers ;
- maladies métaboliques ;
- affections hépatiques .

3.2.7.

CAUSES TOXIQUES :

3.2.7.1.

LES EXCITANTS :

- l'alcool ;
- le tabac.

3.2.7.2.

LES MEDICAMENTS :LES NARCOTIQUES :

- héroïne ;
- cocaïne ;
- amphétamine ;

LES PSYCHOTROPES :

- chlorpromazine ;
- thioridazine ;
- diazepam ;
- antidépresseurs ;
- I.M.O. (inhibiteurs de la monoamine oxydase)

LES HYPOTENSEURS :

- méthildopa ;
- clonidine ;
- guanidine ;
- bethanidine ;
- guanéthidine.

3.2.2.8.

DIABETE ET INSUFFISANCE SEXUELLE

On retrouve 25 à 59 % des diabétiques qui présentent une insuffisance sexuelle selon les pays : RUBIN, ELLENBERG cités par ABRAMO et PASINI (1979). L'insuffisance sexuelle est l'expression clinique de la sévérité de la maladie et accompagne la perte pondérale, la polyurie, la soif, l'épuisement, parfois l'état infectieux. Trois facteurs sont généralement cités pour expliquer cette fréquence :

- un facteur psychogène : 50 % des diabétiques se plaignent d'impuissance : c'est la traduction d'une appréhension d'un régime alimentaire et une conduite générale.

- un facteur nerveux : 2 types de lésions s'associent pour expliquer l'insuffisance sexuelle chez le diabétique : une atteinte des nerfs périphériques (polyneuropathie), une atteinte du système veineux autonome s'accompagnant d'hypotension orthostatique ;

- un facteur vasculaire : il y a un assésissement des vaisseaux surtout des gros troncs comme des artères (athérosclérose) entraînant une difficulté de perfusion des organes génitaux .

Si ce n'est la moindre doute sur l'ancienneté et l'examen physique sur la recherche d'une lésion chronique, il est indispensable de procéder aux examens complémentaires qui permettront de mettre en évidence les causes précitées (voir en pages annexes la liste des examens complémentaires).

QUATRIEME PARTIE :

//X// METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Notre lieu de travail :

Notre étude s'est déroulée de Mai à Juillet 1982 dans le Dispensaire Médico-Social d'Elig-Essono à Yaoundé. C'est un Dispensaire urbain spécialisé dans la lutte contre les maladies vénériennes et les maladies de la peau.

Rappelons que ce dispensaire a été créé en Octobre 1958. C'est seulement en 1971 qu'on y a installé un service de dermatologie.

1.1 L'administration et le personnel :

Le dispensaire a à sa tête un médecin généraliste assisté d'un infirmier major. Le personnel au total comprend :

- 2 médecins généralistes ;
- 1 infirmier assistant diplômé d'Etat
- 1 infirmier breveté ;
- 1 technicien-adjoint de laboratoire ;
- 3 aide-soignants option laboratoire ;
- 15 aide-soignants généralistes ;
- quelques infirmiers décisionnaires ;
- 1 gardien de nuit ;
- 1 manoeuvre.

1.2 Le fonctionnement du dispensaire

Le dispensaire fonctionne en 3 centres de consultations en plus du centre d'accueil et de tri des malades :

- les consultations de médecins ;
- les consultations infirmières pour hommes ;
- les consultations infirmières pour femmes.

Ces consultations ont lieu tous les lundis, mercredis et vendredis. En plus des consultations, le dispensaire comprend : (un) service social et 1 (un) laboratoire. Le service social s'occupe de la résolution des conflits conjugaux engendrés par le dépistage d'une maladie vénérienne chez l'un des partenaires et aussi de l'assistance à certains malades indigents. Le laboratoire effectue les examens complémentaires les plus courants : coloration de gram, hémogramme goutte épaisse, sérologie des trépanématoses, examen des selles.

2. Echantillonnage et mode de travail

Le dispensaire d'Elig-Essono a été choisi pour notre étude en raison du fait que :

- les malades peuvent s'y confier beaucoup plus facilement qu'ailleurs car ils sont conditionnés par cet endroit où on parle des choses du sexe sans ambages ;
- on y rencontre une population sexuellement active des deux sexes.

Notre échantillonnage comprend donc tous les malades des deux sexes présentant des troubles sexuels sélectionnés et adressés

les différents centres de consultation du dispensaire.

Une fiche de consultation générale pour troubles sexuels a été établie et est remplie pour chaque malade adressé.

Cette fiche comprend 7 parties : (voir pages annexes).

- Identité du malade
- Motifs de consultation
- Histoire de la maladie
- Entretien sur le comportement sexuel du malade
- Examen clinique
- Examens complémentaires demandés
- Résumé clinique de l'observation.

Pour chaque malade adressé nous avons procédé à un entretien sur les problèmes sexuels que présente le malade et sur sa vie sexuelle, ses antécédents généraux.

Par la suite nous procédions à un examen clinique complet et les résultats étaient consignés sur la fiche de consultation.

Nous demandions ensuite certains examens complémentaires dont la nature est orientée par l'anamnèse et l'examen clinique, ceci compte tenu de leur utilité directe pour le diagnostic, de leur coût et enfin si l'examen demandé est praticable ou pas à Yaoundé. Certains examens comme les prélèvements uréthraux ou cervico-vaginaux ont été pratiqués sur place dans le laboratoire du dispensaire.

Pour cette première étude qui n'est qu'une introduction à l'étude des troubles de la sexualité, nous nous sommes surtout intéressés aux aspects cliniques et étiologiques des troubles sexuels en laissant de côté les aspects thérapeutiques. Nous avons certes traité certains de nos malades qui ont présenté des affections organiques à l'origine des troubles sexuels. A d'autres nous avons prodigué des conseils nécessaires en informant, en déculpabilisant et en rassurant.

3. Quelques difficultés rencontrées

Comme dans la réalisation de tout travail scientifique, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés que nous rapportons non pas pour nous excuser, mais pour expliquer les insuffisances de ce modeste travail.

- La réforme toute récente du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé où le lieu d'étude avait été choisi au début : cette réforme a en effet amené le départ du chef de Service de Neuropsychiatrie, responsable de la supervision de ce travail. La partie du travail qui avait été commencée à l'Hôpital Jamot a dû en effet être abandonnée.

- Au fur et à mesure que la collecte de nos cas avançait, nous nous sommes rendus compte de la rigidité de notre fiche générale de consultation.

Nous conseillons à cet effet, si une étude ultérieure devrait être entreprise l'établissement d'une fiche sélective de consultation pour chaque type de troubles sexuels.

CINQUIEME PARTIE :

 RESULTATS & COMMENTAIRES

ETUDE CLINIQUE ET COMMENTAIRES DES CASSUJETS DE SEXE MASCULIN :CAS N° 1 :

M. N.... Paul, 30 ans, Bamiléké, commerçant marié monogame depuis 5 ans, catholique, venu consulter le 7 Juin 1982 pour troubles d'éjaculation. Les circonstances de survenue de ces troubles n'ont pas été obtenues du malade mais il explique qu'il ne peut se "retenir" longtemps après intromission et il éjacule toujours dans les premières secondes.

Au niveau de son comportement sexuel, on note qu'il se masturbait souvent avant son mariage. Il déclare avoir quelquefois des rapports sexuels avec des prostituées.

Dans les antécédents, on note qu'il a été victime d'un accident de circulation il y a 6 ans (en 1976) à la suite duquel il aurait été frappé d'une paralysie du membre supérieur gauche mais il précise que son trouble actuel n'a pas de rapport ni avec cet accident ni avec la hernie inguinale dont il a été opéré.

L'examen physique note la paralysie du membre supérieur gauche signalée et une cicatrice herniaire. L'examen des organes génitaux est normal et le toucher rectal ne révèle rien.

COMMENTAIRES :

Il n'y a pas une atteinte organique déclarée pouvant expliquer cette éjaculation précoce. Le problème d'éjaculation est une question d'éducation le plus souvent. Ce patient peut n'accorder à l'acte sexuel que le phénomène d'éjaculation : il n'aura appris qu'à éjaculer. D'une façon générale l'homme éjacule vite. Généralement c'est la partenaire insatisfaite qui se plaint, alors à ce moment cela préoccupe le mari. Mais le fait que notre patient se soit beaucoup masturbé peut être à l'origine de l'éjaculation prématurée.

CAS N° 2 :

M. K... Yves, 31 ans, Bamiléké, sans profession, marié monogame, protestant, venu consulter le 28 Mai 1982 pour impuissance sexuelle secondaire depuis trois mois qui se traduit par une difficulté à maintenir une érection longtemps pour permettre la pénétration et des troubles d'éjaculation (éjaculation précoce ou

retardée, ou anéjaculation).

Dans sa vie sexuelle on note qu'il apprécie qu'on lui fasse mal pendant les rapports sexuels pour accroître son plaisir. Il déclare entretenir des rapports sexuels avec des prostituées mais uniquement quand il est en voyage.

Dans les antécédents on ne note rien de particulier. Il fume et boit de l'alcool régulièrement.

A l'examen physique on note au toucher rectal une prostatite. Cette affection est confirmée par un prélèvement du liquide prostatique après massage qui révèle la présence des germes banaux.

COMMENTAIRES :

La prostatite chronique découverte chez notre sujet pourrait être à l'origine de ses troubles sexuels.

Il faut souligner aussi le rôle toxique de l'alcool et du tabac auxquels s'adonne notre malade. Mais des données nous manquent pour attribuer une origine psychologique à ces troubles : exemple avec quel type de partenaire cela arrive-t-il.

Cependant le trait masochiste découvert chez notre patient peut, par exemple s'il n'est pas satisfait par une partenaire donnée, inhiber l'érection de son pénis.

CAS N° 3 :

M. J... Emmanuel, 25 ans, Bamiléké, tôlier de son état célibataire, catholique, venu consulter le 2 Juin 1962 pour incapacité d'érection du pénis (si cette érection est parfois présente, elle disparaît dès l'intromission).

Il n'y a rien de particulier dans le comportement sexuel du sujet qu'il puisse expliquer son trouble : on sait qu'il affirme entretenir des rapports sexuels avec des prostituées quelquefois, mais il ne dit pas pourquoi. Il prend régulièrement de l'alcool.

A l'examen physique, les organes génitaux externes sont normaux et on palpe aisément une hernie inguinale bilatérale.

Un prélèvement urétral a été fait mais ne révèle rien.

COMMENTAIRES :

Nous sommes en présence d'un trouble sexuel chez un célibataire jeune, donc ayant de partenaires sexuelles inconstantes. Bien que la hernie inguinale pourrait être à l'origine de son insuffisance sexuelle, il ne faut pas exclure une origine psychologique concomitante : le fait que ce soit le contact pénis-vagin qui

.../...

fasse disparaître l'érection du pénis qui peut être normale pendant la phase prééjaculatoire.

L'intoxication alcoolique peut aussi à la longue constituer un terrain d'installation de la dysfonction sexuelle présentée par notre sujet.

CAS N° 4 :

M. T.... Jean-Bernard, 35 ans, Bamiléké, protestant, marié monogame, sans profession venu consulter le 11 Juin 1982 pour érection pénienne "molle".

A l'enquête systématique on note en plus que le sujet a présenté auparavant des éjaculations précoces alternant avec des éjaculations tardives et parfois impossibilité d'éjaculer du tout. Dans l'entretien sur son comportement sexuel, on note qu'il se masturbe souvent quand il est excité. Il a souvent entretenu des rapports sexuels avec des prostituées dans le but dit-il de "rompre la monotonie" des rapports sexuels avec sa femme.

Dans les antécédents on relève qu'il aurait été traité pour crise d'agitation aigüe pendant un mois et demi d'hospitalisation.

L'examen physique est strictement normal.

COMMENTAIRES :

Il n'est pas exclu ici la psychose aigüe ait à voir avec l'insuffisance sexuelle du sujet, il est vrai que la corrélation n'a pas été très bien établie par l'histoire de la maladie. Les troubles d'éjaculations qui ont précédé l'impuissance peuvent aussi entraîner cette dernière mais l'anéjaculation ou l'éjaculation tardive peuvent tout simplement le fait des rapports sexuels très fréquents ou trop rapprochés. Mais ni le rythme des rapports sexuels ni le type de partenaire n'ont été obtenus du sujet. Il paraîtrait insolite que cet homme marié se livre au plaisir solitaire mais on peut supposer qu'il redoute la frustration créée par ses troubles et que provoqueraient les rapports sexuels avec sa femme, rapport qu'il consacre souvent aux prostituées pour rompre la monotonie des jeux érotiques. Mais cette masturbation peut être intégrée dans les manifestations de sa psychose comme le fait d'une fixation de la sexualité érotique décrite par FREUD (1932).

CAS N° 5 :

M. A... Valentin, 35 ans, Yambasse, employé de bureau, célibataire, catholique pratiquant (il avait été étudiant dans une faculté de théologie Catholique) et voulait devenir prêtre. Il est venu consulter le 19 Juin 1982. Le malade nous a expliqué son trouble : "J. n'ai jamais réussi un rapport sexuel normal c'est-à-dire du début jusqu'à la fin comme j'entends mes camarades dire et ceci docteur malgré plusieurs tentatives avec des femme différentes. La première fois, il y a 2 ans, j'ai essayé avec une fille de ma tribu, mon "friscis" ne se levait pas : elle est partie et depuis je ne peux rien". Il a commencé à s'intéresser à la chose sexuelle à l'âge de 30 ans. Il déclare se masturber très souvent. De plus dans son comportement sexuel on note des traits exhibitionnistes, voyeurs et frotteurs. Il s'intéresse intensément à toute littérature pornographique.

Dans les antécédents on note que c'est un psychotique suivi par le Dr. AKOBA (Neuropsychiatre). De plus il a été opéré d'une hernie ombilicale.

Il s'adonne régulièrement à l'alcool.

À l'examen physique on note une cicatrice de hernie ombilicale. Le reste de l'examen physique est normal.

DISCUSSION :

Ici, nous sommes en présence d'une insuffisance sexuelle primitive dont l'origine psychogène est quasi-certaine. Notre malade est en effet un ancien séminariste à qui, il a manqué probablement jusqu'ici une éducation sexuelle. C'est en plus un psychotique obsédé par le sacerdoce d'un côté et son insuffisance sexuelle de l'autre. Sa première expérience sexuelle (à 30 ans !) n'est pas étrangère au renforcement de ce trouble. La sexualité du sujet est réduite à la masturbation et aux autres comportements pervers : exhibitionnisme, voyeurisme, frottage.

CAS N° 6 :

M. N... Christophe, 43 ans, Eton, catholique, mariée polygame, mécaniste de son état. Il est venu consulter le 31 mai 1982 pour une érection trop "faible". Cela a débuté il y a quelque mois par une éjaculation retardée très fréquente. Dans sa vie sexuelle il rapporte avoir eu un rapport sexuel incestueux avec sa sœur sans sa jeune âge mais aucune précision n'a pu être obtenue là dessus.

../..

Dans les antécédents on note qu'il aurait souffert d'une blennorragie pendant sa jeunesse et qu'il avait été opéré d'une hernie inguinale gauche. Il fume et boit de l'alcool régulièrement.

L'examen physique, au toucher rectal, révèle une prostate globalement augmentée de volume. On note en plus une cicatrice d'hémiorchiopexie gauche.

Un prélèvement urétral fait après massage prostatique révèle la présence de germes banaux.

De plus un spermogramme demandé montre une azoospermie.

COMMENTAIRES :

Plusieurs éléments de cette observation peuvent être incriminés soit isolément, soit ensemble dans les causes de l'insuffisance sexuelle ; l'antécédent d'urétrite, l'intervention sur la hernie inguinale, l'intoxication alcoolique et tabagique, la tumeur prostatique et l'azoospermie qui peut être le fait d'une insuffisance hormonale chez cet homme âgé. L'antéjaculation pourrait être le fait de son azoospermie, le malade ne pouvant éjaculer faute de fluide seminal.

CAS N° 7 :

M. B... Rémy, 45 ans, Ewondo, catholique, Monsieur marié et précédemment divorcé. Il est venu consulter le 15 Juin 1952 pour incapacité de parfaire la pénétration à cause d'une érection qui ne dure pas trop longtemps. Dans sa vie sexuelle on ne note rien de particulier.

Dans les antécédents, on note que le malade souffre souvent de fléviases et est frappé de stérilité. Il boit l'alcool régulièrement.

L'examen physique révèle au toucher rectal une tumeur prostatique.

Un prélèvement urétral a été fait et est négatif. Le spermogramme demandé est normal.

COMMENTAIRES :

La cause la plus évidente de cette impuissance sexuelle est probablement la tumeur prostatique découverte chez ce malade. Mais l'intoxication alcoolique chronique signalée peut aussi être incriminée. On peut se demander cependant si sa stérilité et son insuffisance sexuelle n'ont pas été à l'origine de la rupture de son premier mariage.

CAS N° 8 :

M. O... 54 ans, Ewondo, marié monogame, marocain de son état, catholique, venu consulter le 10 Juin 1982 pour insuffisance sexuelle secondaire : une érection qui disparaît au moment de la pénétration et s'accompagne d'éjaculation précoce. De plus, le malade se plaint qu'il ne peut entreprendre plus d'un acte sexuel par nuit. Au niveau de son comportement sexuel, on relève que le patient aime bien voir les organes génitaux de sa partenaire et les rapports sexuels pour s'exciter d'avantage mais aussi pratiquer il peut éviter les maladies vénériennes. Il entretenait quelquefois des rapports sexuels avec des prostituées.

Dans les antécédents, on note que M. O... a expérimenté ses premiers rapports sexuels à 25 ans. Il prend régulièrement de l'alcool.

L'examen physique révèle un TA à 16/12 et un poids à 100/mn. Les organes génitaux externes sont normaux mais on note au toucher rectal une prostate dure, bosselée peu sensible.

Un prélèvement uréthral a été fait mais il est négatif.

COMMENTAIRES :

L'origine organique de l'impuissance sexuelle pourrait être l'hypertension artérielle, le tumeur prostatique ou encore l'intoxication alcoolique chronique. Mais les manifestations cliniques de cette insuffisance sexuelle (présence d'une éjaculation précoce, diminution du rythme des rapports sexuels) peuvent faire penser à une origine psychologique concomitante. Plusieurs éléments étiologiques renforcent cette hypothèse d'ailleurs ; les exigences de stimulation sexuelle du sujet (le trait vapourique signalé), l'âge des premiers rapports sexuels, les prostituées (partenaires faciles et dociles).

CAS N° 9 :

M. M... David, 30 ans, Bamiléké, catholique, marié monogame, chauffeur de taxi de son état. Il vient consulter le 14 Juin 1982. Voilà comment c'est arrivé : "Docteur, cela a commencé il y a deux mois exactement c'est-à-dire depuis le dernier accouchement de ma femme (qui a eu deux jumeaux). Pendant les derniers mois de sa grossesse et pendant la période d'accouchement, je m'étais abstenu de toutes relations sexuelles ni avec elle, ni avec d'autres femmes. Mais voilà que maintenant j'ai eu des

.../..

recommencer à le "voir" normalement, celle ne marche plus. Je m'efforce plus à l'obtenir strictement comme avant". Au niveau de la vie sexuelle du sujet, on note qu'il a l'habitude de se masturber, s'intéresse intensément aux écrits pornographiques. Il aime en plus entreprendre des rapports sexuels violents (il aime pincer ses partenaires qui doivent le lui rendre en retour).

Dans les antécédents on note que M. M.... David a eu ses premiers rapports sexuels à 19 ans. Il fume et boit l'alcool régulièrement.

À l'examen physique, le malade semble être déprimé par son infirmité. L'examen des organes génitaux et des autres appareils est normal.

Un prélèvement urétral effectué après massage prostatique ne révèle rien.

Discussion :

Il est évident ici que la grossesse de la femme de notre patient est le premier facteur d'inhibition de l'érection puisque cette grossesse la "force" à une abstinence. La grossesse est considérée ici comme une source d'angoisse du sujet : l'érection n'est plus une réponse réflexe mais un acte de volonté et échappe ainsi aux troubles érotiques. Ici aussi l'insuffisance sexuelle s'accompagne des exigences d'excitations variées : masturbation, pornographie, acte sexuel violent. Les signes de dépression que présente le sujet dénoteraient sans doute de la dysfonction sexuelle elle-même. Nous ajoutons en plus l'intoxication alcoolique et tabagique qui pourrait être une cause organique à l'insuffisance sexuelle du sujet.

CAS N° 15 :

M. A.... Appolinaire, 28 ans, Eton, instituteur de son état, marié, catholique, catholique pratiquant (ancien séminariste). Il est venu consulter le 31 mai 1962. Il se plaint qu'il ne peut dépasser 2 minutes" malgré ses efforts à vouloir retenir l'éjaculation. Ce trouble d'éjaculation le frustre énormément et il a consulté sa femme avec lui en consultation pour lui prouver que "ce n'est pas de sa faute". M. A.... Appolinaire déclare avoir eu des expériences homosexuelles quand il était au séminaire et il explique : "Vous savez Seigneur, tous les nouveaux-venus étaient soumis à ce "traitement". Il se masturbe intensément depuis qu'il présente ce trouble pour ne pas laisser "s'endormir" sa verge. Il déclare en plus avoir tenté d'entretenir des rapports sexuels avec une chèvre et avec une

fillette de 11 ans. Il entretient des rapports sexuels avec des prostituées s'il est "dans le besoin", déclare-t-il.

Dans les antécédents on relève de plus qu'il avait été opéré d'une hernie inguinale gauche. Il boit de l'alcool régulièrement mais ne fume pas.

À l'examen physique on note une cicatrice d'intervention de hernie inguinale gauche. Le reste de l'examen physique est strictement normal.

Un prélèvement urétral a été fait et révèle la présence de gonocoques intra et extracellulaires.

DISCUSSION :

Il est constaté que notre sujet masque son impuissance par l'éjaculation précoce qu'il magnifie car généralement l'éjaculation précoce est directement liée aux défaillances de l'érection, qui sont celles qui s'attardent au moment du coït. C'est pourquoi d'ailleurs il se masturbe en cherchant ainsi stimuler l'érection déficiente. Le plus, se trouve insatisfait, qui s'en plaint et qui l'excite à tous les coups afin de le pousser à la tentation de prolonger l'acte sexuel en vue de le satisfaire avec son partenaire. Comme il ne peut pas, il tente de voir l'acte sexuel devenir pour lui une véritable épreuve d'endurance, il se brava dans l'obstination qui à son tour accroît le réflexe ejaculatoire et entraîne un trouble d'érection. Mais son impuissance ne vient-elle pas avoir comme origine ses antécédents sexuels pervers : homosexualité, pédophilie, bestialité qui le culpabiliseraient.

Notons enfin que l'intervention de la hernie inguinale et l'alcoolisme signalés peuvent être cités parmi les causes somatiques de cette insuffisance sexuelle.

CAS II :

M. M... Dioudonné, 27 ans, Bavaléké, électricien-automobiliste, célibataire, catholique. Il vient consulter le 31 Mai 1962 parce qu'il est incapable d'expérimenter plus d'un rapport sexuel au cours d'une nuit. Il a entendu ses amis raconter qu'ils arrivent eux à des records de 4 à 6 rapports sexuels au cours d'une même nuit. Dans son comportement sexuel on note qu'il se masturbe souvent quand il est excité : "faire couler pour être tranquille". De plus il aime souvent entretenir des rapports sexuels avec des prostituées "parce qu'elle ne pose ni trop de problèmes".

.../...

Dans les antécédents, on note qu'il souffre d'hémorroïdes souvent, il fume et boit de l'alcool régulièrement.

L'examen physique montre une prostate augmentée de volume et très sensible mais on ne note pas de lésions hémorroïdaires au niveau de l'anus.

Un prélèvement urethral fait après massage prostatique se révèle négatif.

CONCLUSIONS :

Le nombre insuffisant de rapports sexuels dont se plaint notre sujet est la manifestation clinique de son impuissance. Ici encore nous l'avons souligné ailleurs l'érection du pénis (en vue d'un coït ou d'un acte sexuel) est subordonnée à la volonté et cesse d'être un acte réflexe : le sujet veut à tout prix atteindre et peut-être dépasser les hypothétiques records de ses camarades. Le souci il y a une angoisse née de la peur de ne pouvoir satisfaire son partenaire. Pour ce qui est de la masturbation notre sujet considère l'éjaculation non pas comme un but sexuel, mais une dérivée d'une tension (qui s'accompagne d'un plaisir tel que le décrit FRIDG (1932). C'est exactement comme si, le sujet s'injectait un produit chimique, la vidait pour supprimer la sensation de plénitude et de distension vésicales. Le patient trouve sa satisfaction sexuelle avec des prostituées parce que ce sont des partenaires dociles, passives, non agressives.

Les causes organiques à incriminer peuvent être la prostates découverte à l'examen clinique et l'intoxication alcoolique et tabacique du sujet.

CAS N° 12 :

M. A. Enclibert, 22 ans, Ganguissa, étudiant en faculté des Sciences, catholique, célibataire. Il vient consulter le 2 Juin 1952 pour une érection "faible" qui disparaît après pénétration. Dans sa vie sexuelle on note qu'il se masturbe souvent s'il manque de partenaires parce qu'il "n'a pas le temps d'aller en chercher une". Il entretient souvent de rapports sexuels avec les prostituées s'il est "dans le besoin".

Les antécédents médico-chirurgicaux relèvent qu'il a été opéré d'un hydrocèle et de plus il avait eu une contusion du bassin au cours d'un accident de circulation. Il prend régulièrement la plupart des excitants.

L'examen physique retrouve la nécessité d'intervention sur la bourse droite et le toucher rectal met en évidence une prostate augmentée de volume et très sensible.

Le prélèvement urétral après massage prostatique a été demandé mais les résultats ne sont pas parvenus.

COMMENTAIRES :

Les causes organiques de cette insuffisance sexuelle apparaissent ici en premier : intervention sur l'hydrocèle, le traumatisme du bassin et surtout la prostatite. Notons aussi l'intoxication tabagique et alcoolique. Notre sujet est aussi le genre de défaillants sexuels qui assimile l'éjaculation à une fonction exécutive et la partenaire (ici les prostituées) comme un moyen de libération d'une tension sexuelle et non comme un objet sexuel. Le besoin sexuel est ressenti comme un déplaisir dont il faut se débarrasser.

CAS N° 13 :

M. F... Dieudonné, 27 ans, Bamiliaké, planteur, catholique, célibataire. Il vient se plaindre le 12 Juin 1952 d'une faiblesse de l'érection du pénis depuis 3 mois. Dans sa vie sexuelle, il préfère se masturber souvent à cause du fait que ses rapports sexuels sont peu fréquents.

Les antécédents révèlent qu'il a été victime d'une fracture du bassin vers 1949. Il prend régulièrement la plupart des excitants.

L'examen physique montre une orchite bilatérale.

un prélèvement urétral a été fait et montre la présence de germes banaux. Une spermoculture demandée est négative.

COMMENTAIRES :

L'orchite-épididymite est le premier cause de l'insuffisance sexuelle de notre sujet. Mais il y a dans cette observation d'autres éléments à incriminer : la fracture du bassin, la toxicomanie alcool-tabagique. On peut supposer encore ici que, le fait qu'il se masturbe quand il ne trouve pas de partenaire, en veut surtout dire qu'il a perdu de vue le but sexuel du coït. Les auteurs cités par RICHIAUX (1955) considèrent cependant que ce genre d'auto-érotisme dû à des problèmes matériels est normal.

CAS N° 14 :

M.N.... Jean, 26 ans, Bamiliaké, planteur et éleveur, B. S. S. Supérieure, catholique, célibataire. Il vient consulter le 12 Juin

1982 pour éjaculation douloureuse alternant parfois avec une anéjaculation. Dans son comportement sexuel on note qu'il se masturbe souvent parce qu'il n'a pas le temps d'aller rechercher une partenaire.

Dans les antécédents, on note qu'il n'a jamais souffert d'urétrite.

A l'examen physique on note une prostate un peu volumineuse mais très douloureuse à la palpation et le trajet de l'urètre péniennique est douloureux également.

Un prélèvement urétral et une spermoculture ont été demandés mais les résultats sont négatifs.

COMMENTAIRES :

La prostatite et la fongiculite de chlovidine sont les premières affections à incriminer quant à l'origine de l'éjaculation douloureuse. Mais cette dernière peut entraîner l'anéjaculation par la peur de la douleur qui empêche la relaxation favorisée au réflexe éjaculatoire. On note de plus que le sujet est encore un de ceux qui perdent de vue le but sexuel du coït et se focalise à l'acte sexuel en une fonction excrémentielle (urinaire surtout). Ce phénomène a été expliqué par ABRAHAM ^{et PASINI} (1974). Il se masturbait et se rendait en urinant au bord d'une rue faute de trouver des toilettes publiques.

CAS N° 11 :

M. M... Emmanuel, 23 ans, de ilaco, tailleur, catholique, célibataire. Il est venu consulter le 11 juin 1982 pour impuissance secondaire depuis 6 mois environ. On note qu'il a eu auparavant des troubles d'éjaculation (éjaculation normale et anéjaculation). Dans son comportement sexuel on note qu'il se masturbe souvent s'il est fâché. Les pisselles d'une femme sont pour lui la source d'excitation sexuelle la plus intense. Il aurait demandé d'expérimenter ses premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans.

Dans les antécédents, on ne note rien de particulier. Il boit régulièrement de l'alcool.

L'examen physique général et local des organes génitaux est normal.

Un prélèvement urétral a été fait et s'est révélé négatif.

COMMENTAIRES :

L'éjaculation, rétrograde qui a précédé l'impuissance, est due au fait que le sujet pouvait entraîner son impuissance sexuelle par un mécanisme expliqué sur le cas n° 10. Mais l'éjaculation rétrograde n'est pas

jaculation peuvent être tout simplement le fait des rapports sexuels trop rapprochés ou trop fréquents (voir cas n° 4).

Notons en plus que notre sujet utilise la masturbation comme une arme contre ses variations d'humeur, ceci conduirait à une impuissance sexuelle perverse. La précocité des rapports sexuels peuvent être à l'origine de ce phénomène.

CAS N° 16 :

M. P.... Joseph, Bamiléké, élève de classe de Terminale, catholique, célibataire. Il vient se plaindre le 11 Juin 1962 d'une faiblesse d'érection pénienne et d'incapacité à retarder l'éjaculation longtemps. Dans sa vie sexuelle on note qu'il se masturbe souvent et à expliquer pourquoi. Il aurait commencé ses premiers rapports sexuels à 9 ans.

Les antécédents révèlent qu'il utilise régulièrement des préservatifs. Il ne prend aucun des excitants usuels.

L'examen général et local des organes génitaux externes est normal.

COMMENTAIRES :

Nous notons ici comme dans l'observation n° 9 que la masturbation va de paire avec la précocité des rapports sexuels. L'éjaculation précoce entre autres causes déjà citées peut aussi provenir de la précocité de rapports sexuels. Le sujet ; qui aurait connu très tôt les jeux érotiques peut s'être vu dans une conditionne le pénis à une hypersensibilité et ainsi être à l'origine d'éjaculation facile. Notons enfin l'emploi régulier des préservatifs qui peut être aussi source d'asthénie sexuelle et des troubles d'éjaculation.

CAS N° 17 :

M. N.... Célestin, 22 ans Bamiléké, catholique, protestant, célibataire. Il explique lui-même son trouble : "Je ne suis pas normal. A l'âge de 19 ans, un garçon m'a conseillé de consulter un guérisseur qui lui a dit, après m'avoir examiné que je n'étais pas normal. Je ne suis pas comme les autres garçons. Je n'ai jamais aimé une fille parce que j'ai une verge trop dure et il y a peur de se blesser aux filles. Un m'a fait subir tout ça parce que de tout ça. Je ne sais pas je suis découragé de continuer".

Dans sa vie sexuelle on note que le sujet se masturbe très souvent et s'intéresse à toute littérature érotique.

Dans les antécédents on relève que le patient avait été victime d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance à l'âge de 5 ans. Il prend régulièrement le plupart des excitants.

L'examen physique général est normal. On note au niveau des organes génitaux un petit pénis. Une radio du crâne a été demandée entre autre bilan mais aucun résultat ne nous est parvenu.

COMMENTAIRES :

Nous sommes ici devant un cas d'impuissance primaire avec probablement hypogonadisme associé. L'origine peut en être le traumatisme crânien. Mais notons que notre sujet est affiché du complexe du petit pénis décrit par BOLD (1956) et cité par MICHAUX (1965). La sexualité du sujet est réduite à la masturbation stimulée probable et par la littérature érotique à laquelle s'adonne notre patient.

CAS N° 18 :

M. T... Robert, 24 ans, Bamiléké, acquiesce de son état, célibataire, catholique. Il vient consulter le 16 Juillet 1982 parce qu'il a une érection éphémère (qui ne dure pas dit-il plus de 5 minutes). Dans sa vie sexuelle on note que dans son jeune âge il avait pris l'habitude et le plaisir à surprendre des couples en train d'entretenir ces rapports sexuels dans l'hôtel où il était engagé pour nettoyer le sol. De plus, il affirme avoir abusé d'une fille de 12 ans parce que se justifiait-il, il était trop excité.

Les antécédents médico-chirurgicaux et toxicomaniques n'ont rien de particulier.

A l'examen physique on note une douleur au niveau du testicule droit à la palpation.

Un prélèvement uréthral fait révèle la présence de gonococcus.

COMMENTAIRES :

L'urétrite chronique au premier abord doit être à l'origine de sa dysfonction sexuelle. Mais les traits voyeurs et pédophile qui voquent le sujet sans gêne pourraient précipiter une impuissance permanente.

CAS N° 19 :

M. M.... André Roland, 19 ans, Bamoun, élève en classe de

... , célibataire. Il est venu consulter le 26
Juin 1952. Il explique son trouble : "J'ai souvent abordé les filles
mais cela n'a rien donné jusqu'à présent. Je n'ai jamais réussi
comme j'ai entendu mes camarades raconter". Dans sa vie sexuelle
on relève qu'il se masturbe très souvent. Il a essayé les rapports
sexuels avec des prostituées sans succès.

Dans les antécédents, on note qu'il avait été victime d'une
fracture de l'avant-bras au cours d'une chute de lit après une ceu-
dant pendant la soirée. Il ne prend jamais d'excitants.

L'examen physique découvre des organes génitaux externes
atrophiques (testicules et pénis) et une gynécomastie. Le reste de
l'examen physique est normal.

CONCLUSIONS :

Nous sommes en présence d'une impuissance primaire mais ici
entraînant au cas n° 17 la peur d'aborder les filles est vaincue
mais le sujet est obsédé par son échec sexuel qui pourrait être un
facteur d'inhibition sexuelle, l'une entraînant l'autre. L'origine
organique pourrait être l'hypogonadisme suspecté par l'atrophie des
organes génitaux externes et la gynécomastie.

Remarquons encore qu'ici aussi la sexualité du sujet est
réduite à l'auto-érotisme.

CAS N° 20 :

M. S... Georges, 45 ans, Hamiléké, employé de bureau, catho-
lique, célibataire. Il est venu consulter le 26 Juillet 1952 pour
impuissance sexuelle secondaire : "cela ne se lève plus" depuis 3
mois. C'est un psychologue connu envoyé par un médecin du dispen-
saire médico-social d'Éliq Essone. Dans son comportement sexuel on
note que le malade se masturbe quelque fois, s'intéresse intensé-
ment à toute littérature et films érotiques. Il fume et boit de
l'alcool.

L'examen physique de ce malade est normal.

Un prélèvement urétral après massage proctatique a été
demandé et il est révélé négatif.

CONCLUSIONS :

L'impuissance sexuelle dont est frappé notre sujet peut-
être la manifestation de sa psychose, de sa dépersonnalisation et
l'intérêt actif pour la paranoïa. Mais le sujet est susceptible
également de faire une impuissance organique concomitante du fait

de ses habitudes toxicomaniques alcooliques et tabagiques.

CAS N° 21 :

M. S... René, 24 ans, Bamiléké, élève en classe de 1^{re} générale, protestant, célibataire. Il est venu consulter le 16 juillet 1962 pour impuissance sexuelle secondaire depuis 6 mois : il s'agit d'une diminution progressive jusqu'à disparition de l'érection nocturne. Au début des troubles il avait senti un prurit et des irritations au niveau de l'urèthre, sans écoulement de pus.

Dans sa vie sexuelle on ne note rien de particulier. On ne note rien non plus dans les antécédents médico-chirurgicaux. Il fume et boit de l'alcool régulièrement.

A l'examen physique le malade a un aspect adéquat. On notait au niveau des organes génitaux une épididymite droite.

Une uroculture a été demandée et est négative. Le spermogramme est normal.

COMMENTAIRES :

L'épididymite découverte est la cause première de son infertilité. Mais il faut y ajouter l'antécédent d'urétrite chronique et l'intoxication alcool-tabagique qui a entraîné chez ce sujet. La dépression peut être la cause de la consécration de l'infertilité.

CAS N° 22 :

M. E... Louis, 18 ans, Ewondo, indigène, protestant, célibataire. Il est venu consulter le 28 juillet 1962 pour impuissance sexuelle secondaire depuis 3 mois. "J'ai l'érection que je suis seul mais en présence d'une fille c'est différent". Dans l'interrogatoire systématique, on note que depuis qu'il est frappé de cette impuissance sexuelle, il se masturbe fréquemment : il n'arrive pas à obtenir l'érection déficiente. On plus de noter qu'il a eu ses premiers rapports sexuels à 12 ans.

Dans les antécédents on note qu'il a été atteint à deux reprises d'urétrite. Il boit occasionnellement de l'alcool.

L'examen physique est strictement normal.

Un prélèvement uréthral demandé et fait révèle la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

L'urétrite chronique est la cause organique qui se présente le plus souvent, mais il n'est pas exclu qu'il existe une cause psychologique concomitante, suggérée par l'inhibition de l'érection devant les partenaires. L'érection (impossible devant les filles) est différée au plaisir auto-érotique. Il y a aussi l'éjaculation précoce qui pourrait à la longue conduire à l'insuffisance sexuelle. Le mécanisme possible a été expliqué ailleurs (CAS N° 10). Enfin, le sujet qui cherche à améliorer son érection par la masturbation pourrait inhiber le mécanisme réflexe de l'érection et ainsi provoquer l'impuissance.

CAS N° 20 :

M. M... Martin, 25 ans, Daniléké, apprenti-mécanicien, catholique, célibataire. Il est venu consulter le 30 Juillet 1982 pour impuissance sexuelle secondaire depuis 3 mois environ : une érection "molle" qui ne permet pas la pénétration vaginale. Le début des symptômes a coïncidé avec l'apparition d'une urétrite aiguë négligée. Le sujet n'a pas de partenaire constante. Dans sa vie sexuelle, on ne note rien de particulier ainsi que dans les antécédents médico-chirurgicaux. Il fume et boit l'alcool régulièrement.

À l'examen physique, on note une épididymite droite et une pointe de hernie du même côté.

Un prélèvement uréthral a été fait et révèle des germes banaux.

COMMENTAIRES :

L'urétrite chronique et l'épididymite sont les éléments évidents d'une origine somatique de son insuffisance sexuelle. Notons aussi les habitudes toxicomaniques alcooliques et tabagiques du sujet qui, à la longue, peuvent constituer un terrain pour l'installation d'une insuffisance sexuelle.

SUJETS DE SEXE FEMININCAS N° 24 :

Mme A.... Clothilde, 24 ans, Eton, couturière, catholique, mariée depuis 3 ans. Elle est venue consulter le 2 juin 1982 pour douleurs pendant les rapports sexuels. Elle déclare en outre qu'elle "ne sent rien" pendant les rapports sexuels depuis le dernier curetage d'avortement qu'elle avait subi.

Dans sa vie sexuelle on note qu'elle se masturbe souvent si elle est seule. Elle déclare avoir eu des expériences de sodomie et trouver du plaisir dans des actes sexuels empreints de violence (elle s'en plaint griffures par exemple).

Dans les antécédents on note qu'elle a été victime d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance il y a 5 ans environ. Elle est multipare et compte un avortement pour lequel elle a subi un curetage. Elle prend régulièrement de l'alcool.

A l'examen physique on note une cervico-vaginite aiguë avec des leucorrhées abondantes et fétides.

Un prélèvement cervico-vaginal a été pratiqué et montre la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

L'origine de la dyspareunie est évidente ici : une cervico-vaginite aiguë.

La cause de frigidité est probablement comme le souligne la patiente, le curetage d'avortement qu'elle a subi. Mais peut-être aussi que le trait masochiste que porte cette femme n'est pas satisfaite par le mari auquel elle s'est liée que depuis 3 ans. Enfin soulignons que le fait que notre sujet s'adonne à l'alcool est un terrain pour l'installation d'une insuffisance sexuelle.

CAS N°25 :

Mlle B... Rosalie, 20 ans, Ewondo, sans profession, catholique, célibataire venue consulter le 26 Mai 1982. Elle signale des douleurs pendant des rapports sexuels entre autres plaintes (douleurs pelviennes, pertes blanches). L'enquête systématique révèle qu'elle souffre parfois des difficultés de pénétration-vaginale. Dans sa vie sexuelle on relève qu'elle s'adonne souvent à la masturbation parce qu'elle est souvent seule. Elle déclare avoir été violée une fois dans sa vie.

Dans les antécédents on relève qu'elle est primipare.

L'examen physique montre une inflammation pelvienne que confirme un prélèvement cervico-vaginal révélant la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

C'est une affection gynécologique, l'inflammation pelvienne découverte à l'examen clinique qui est responsable de la dyspareunie. La masturbation peut être considérée comme normale chez cette femme célibataire essulée car elle ne constitue pas l'unique activité sexuelle. Le viol dont elle déclare avoir été victime pourrait être la source des difficultés de pénétration occasionnelles qu'elle rapporte, pour peu que l'acte sexual évoque ce traumatisme psychologique.

CAS N°26 :

Mlle M... Denise, 23 ans, Bamiléké, ménagère, protestante, célibataire, venu consulter le 16 Juin 1982. Elle signale des douleurs pendant des rapports sexuels depuis 2 semaines.

Dans vie sexuelle, elle confie se masturber souvent : "cela arrive comme cela, quand je suis excitée".

Dans les antécédents on ne note rien de particulier. Elle est multipare avec un avortement au cours duquel elle a subi un curetage.

L'examen physique révèle une annexite bilatérale. Le prélèvement cervico-vaginal demandé montre la présence de diplocoques extracellulaires.

COMMENTAIRES :

La cause de cette dyspareunie est évidente ici : c'est l'annexite bilatérale. Le fait que cette femme célibataire essulée se livre au plaisir solitaire peut-être considérée comme normal ici encore puisque cette pratique ne remplace pas les rapports sexuels normaux malgré la peur du coït douloureux qui l'aurait habitée.

CAS N°27 :

Mme O.... Marie-Claire, 24 ans, Ewondo, ménagère, catholique mariée. Elle vient consulter le 25 Mai 1982 pour douleurs pelviennes et douleurs pendant les rapports sexuels. De plus à l'interrogatoire elle déclare qu'elle est "sexuellement indifférente" et qu'elle ne jouit pas souvent pendant les rapports sexuels. Dans sa vie sexuelle elle déclare se masturber souvent parce qu'elle est souvent seule.

Dans les antécédents on note qu'elle est multipare avec 2 avortements mais jamais de curetage. Elle ne prend aucun excitant.

L'examen physique révèle une inflammation pelvienne associée à un fibrome utérin.

Le prélèvement cervico-vaginal fait révéler la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

L'inflammation pelvienne et le fibrome utérin sont les causes évidentes de la dyspareunie et des douleurs pelviennes. Cependant, l'indifférence sexuelle et l'anorgasmie que présente souvent notre patiente peut être le fait de la douleur pendant les rapports sexuels entravant ainsi toute forme de jouissance. La masturbation chez cette femme frigide et anorgasmique peut être utilisée par notre sujet comme un faux-foyer et constituer à la longue la principale activité sexuelle du sujet.

CAS N° 20 :

Mme M.... Marie, 25 ans, Nanga-Éboko, ménagère, catholique, mariée depuis 2 ans et demi (c'est son second mariage). Elle est venue consulter le 28 Mai 1982 pour douleurs pelviennes exacerbées pendant les rapports sexuels : de plus elle précise à l'enquête systématique qu'elle parvient "difficilement" à l'orgasme.

Elle a eu parfois des difficultés de pénétration vaginale.

Dans son comportement sexuel elle confie qu'elle se masturbe souvent si elle est seule et excitée. Elle déclare ^{être} plus excitée si on la soumet une violence corporelle. Elle a souvent pratiqué la fellation (qui l'excite d'ailleurs plus qu'un acte sexuelle normal) sur ses partenaires.

Dans les antécédents on ne note rien de particulier sinon qu'elle est primipare.

À l'examen physique on note un fibrome utérin. Le prélèvement cervico-vaginal qui a été fait ne révèle rien.

COMMENTAIRES :

Le fibrome utérin est la cause la plus évidente de la dyspareunie. Cette dyspareunie aura sans doute entraîné les difficultés de pénétration vaginale et l'anorgasmie que rapporte notre malade. Notons cependant que, le comportement pervers de notre sujet (fellation, tendance masochiste) s'il n'est pas satisfait par un partenaire réceptif, peut à la longue détourner le sujet

de l'acte sexuel normal.

CAS N° 29 :

Mlle E... Marie Madeleine, 26 ans, Sanaga, ménagère, catholique, mariée depuis 5 ans. Elle est venue consulter le 25 Mai 1982 pour douleurs pelviennes ressenties surtout pendant les rapports sexuels depuis 3 semaines environ.

Dans son comportement sexuel on ne note rien de particulier.

Dans les antécédents on note qu'elle est multipare avec 2 avortements mais elle n'a jamais subi de curetage.

L'examen physique général est normal. A l'examen local des organes génitaux on note une annexite droite.

Un prélèvement cervico-vaginal a été fait et révèle la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

L'annexite droite est ici la cause la plus évidente de la dyspareunie. Mais les antécédents obstétricaux un peu chargés (2 avortements) peuvent être la source de la coïtrophobie décrite par STEKEL et citée par MICHAUX (1965).

La femme repugne à entreprendre un acte sexuel devenu douloureux pour s'engendrer que des avortements.

CAS N° 30 :

Mlle E... Marie Madeleine, 27 ans, Yambassa, commerçante, catholique, mariée depuis 7 ans. Elle est venue consulter le 2 Juin 1982 pour douleurs pendant les rapports sexuels et des règles irrégulières. Elle se plaint en plus de stérilité primaire.

Dans son passé sexuel, elle déclare avoir entretenu ses premiers rapports avec son frère, mais elle prétend qu'elle "ne savait pas ce que cela signifiait". Elle se masturbe souvent quand elle est excitée.

Dans les antécédents, on note bien entendu qu'elle est nullipare.

L'examen physique révèle un utérus augmenté de volume et globalement douloureux au toucher vaginal et à la palpation bimanuelle.

Un prélèvement cervico-vaginal a été demandé et est négatif. La vitesse de sédimentation des hématies demandée pour exclure une inflammation pelvienne chronique est normale.

..//..

COMMENTAIRES :

L'origine de la dyspareunie chez cette femme nullipare, qui présente des troubles menstruels et une stérilité, un utérus volumineux et douloureux, est tout en faveur d'une endométriose. Nous ne pensons pas en effet que les rapports sexuels incestueux vécus et la masturbation à laquelle elle se livre aient un lien quelconque avec la dyspareunie actuelle dont l'origine organique est toute évidente.

CAS N°3 :

Mme A... Pascaline, 28 ans, Étou, ménagère, vit actuellement en séparation d'avec son mari, catholique. Elle est venue consulter le 12 Mai 1962 pour douleurs profondes ressenties pendant les rapports sexuels depuis 3 semaines environ. Elle déclare avoir quelquefois des difficultés de pénétration.

Dans sa vie sexuelle, on relève qu'elle aime ces actes sexuels appréciés de violence (griffures au lieu des caresses). Elle aime souvent pratiquer la fellation (qui lui donne plus de plaisir que le coït normal) sur ses partenaires.

Dans les antécédents gynéco-obstétricaux on note qu'elle est multipare avec 2 avortements sans curetages, mais elle aurait subi une épisiotomie au cours d'un de ses accouchements.

A l'examen physique, on note des leucorrhées abondantes et un utérus globalement douloureux à la mobilisation au toucher vaginal. Le reste de l'examen physique est normal.

Un prélèvement cervico-vaginal fait montre la présence de Trichomonas Vaginalis.

COMMENTAIRES :

La dyspareunie pour laquelle vient consulter la patiente est donc due à l'inflammation pelvienne aiguë à Trichomonas Vaginalis. Le vaginisme qu'a présenté le sujet est sans doute dû à l'épisiotomie qu'elle avait subie. Nous ne pensons pas que le comportement sexuel pervers de notre sujet, empreint de tendance masochiste et d'oralisme ait un quelconque lien avec les troubles qu'il présente. Mais ce comportement ^{peut} avoir été à l'origine de l'échec de son mariage.

CAS N°4 :

Mlle E... Joséphine, 29 ans, Swondo (Mvulá) bonne à tout faire de son état, catholique, célibataire. Elle est venue consulter le 2 Juin 1962 parce qu'elle a constaté qu'elle n'a plus de

..../..

plaisir sexuel" pendant le coït depuis son dernier accouchement il y a 10 ans. Dans son comportement sexuel, on relève qu'elle aime souvent des actes sexuels violents. Elle déclare avoir été violée une fois et partagé des rapports sexuels collectifs (2 homme et 2 femme dont elle) ; "tous étions scôls tous les quatre" se défend-elle.

Dans les antécédents on ne note rien de particulier sinon qu'elle est primipare (l'accouchement était normal). Elle boit de l'alcool régulièrement.

L'examen physique général et gynéco-logique de cette malade est strictement normal.

Un prélèvement cervico-vaginal fait ne montra rien.

CONCLUSIONS :

Le facteur déclenchant de la frigidité de notre sujet est clair ici : c'est l'évènement accouchement du sujet. Cet accouchement aura donc développé l'hypertrophie de l'esprit maternel décrit par RICHARD (1965). Pour VELLAY (1977) la frigidité due à l'accouchement est le fait de la cristallisation de la douleur ressentie pendant l'accouchement pendant le passage de l'enfant.

Notons cependant que l'intoxication alcoolique du sujet (faite d'habitude parfois) peut favoriser à la longue l'installation d'une insuffisance sexuelle.

CAS N° 2 :

Mrs F... Marthe, 29 ans Bafia, ménagère, protestante, mariée depuis 1 an. Elle est venue consulter le 12 Mai 1982 pour douleurs profondes ressenties pendant et après les rapports sexuels. L'enquête systématique révèle qu'elle a eu parfois des difficultés de pénétration. Dans son comportement sexuel on note qu'elle se masturbe souvent.

Dans les antécédents on note qu'elle est multipare avec 1 avortement sans curetage. Elle prend souvent de l'alcool (liqueurs le plus souvent).

L'examen physique général et gynécologique est normal.

Un prélèvement cervico-vaginal fait ne montre rien.

CONCLUSIONS :

Aucune cause organique n'est évidente ici pour expliquer le dyspareunie. Elle peut être le fait d'un partenaire brutal et

sadique, ceci expliquerait aussi la présence concomitante des difficultés de pénétration résultant d'un spasme des muscles pelviens déclenchés par la peur d'un acte sexuel devenu douloureux (mais aucun renseignement sur le type de partenaire n'a été obtenu du sujet). Cette dyspareunie doit être considérée comme une frigidité douloureuse.

CAS N° 2 :

Mme M.... Suzanne, 30 ans, Batanga (Département de l'Océan), bonne à tout faire, catholique actuellement en séparation d'avec son mari. Elle est venue consulter le 4 Juin 1962 pour douleurs pelviennes et des douleurs pendant les rapports sexuels.

Dans sa vie sexuelle elle déclare se masturber souvent. Elle confie qu'elle a été violée par son mari qui voulait à consommer un mariage forcé.

Dans les antécédents gynéco-obstétricaux on note qu'elle est multipare avec un avortement mais elle n'a jamais subi de curetage, par contre elle a subi une épisiotomie au cours d'un de ses accouchements.

L'examen gynécologique révèle une cervite rigide au spéculum.

Un prélèvement cervical montre la présence de germes banaux.

COMMENTAIRES :

La cervicite rigide explique la douleur pelvienne et la dyspareunie. Mais d'autres causes psycho-somatiques peuvent être évoquées : le souvenir de viol qui constitue un traumatisme psychologique et affectif, l'épisiotomie (traumatisme physique) qui rendent plus vulnérable cette femme. Cette dyspareunie peut enfin être le fait d'un partenaire brutal, comme il a été expliqué ailleurs./-

1. CARACTERISTIQUES DE NOS CAS CLINIQUES1.1 REPARTITION DES MALADES PAR TRANCHES D'AGE ET PAR SEXE

TRANCHES D'AGE	SEXE		TOTAL		
	M	F	N	%	
18 - 22	6	1	7	20,58	
23 - 27	8	6	14	41,17	
28 - 32	4	4	8	23,52	
33 - 37	2	0	2	5,88	
38 - 42	0	0	0	0	
43 et plus	3	0	3	8,82	
TOTAL	N	23	11	34	100
	%	67,64	32,35	100	

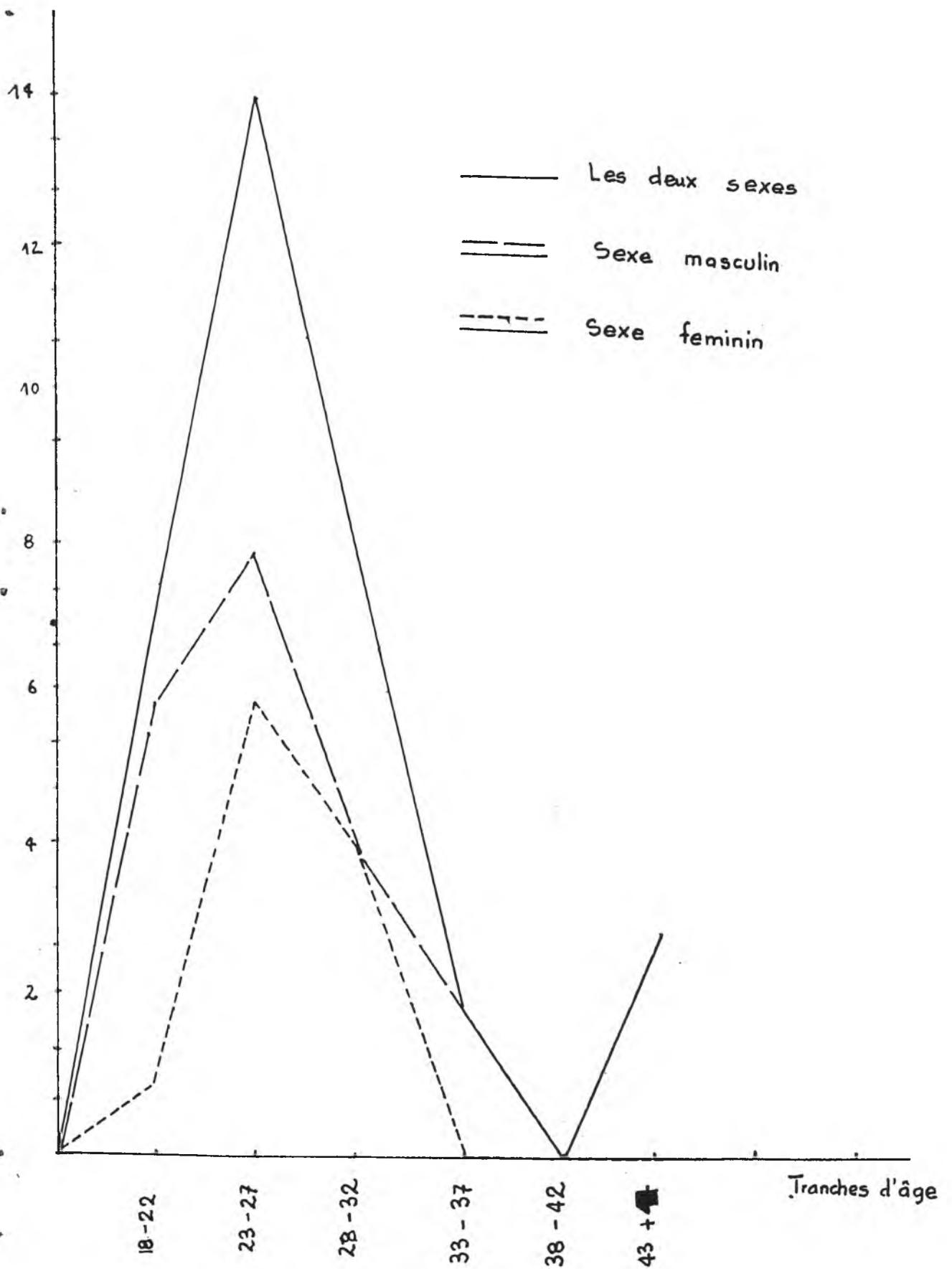
Tableau I : Répartition des malades par tranches d'âge et par sexe.

Il ressort de ce tableau que notre échantillon se compose de 23 hommes (67,64 %) et de 11 femmes (32,35 %). La tranche d'âge la plus touchée dans les deux sexes est celle allant de 23 à 27 ans soit 14 cas (41,17 %).

L'âge de nos sujets va de 18 à 54 ans dont 3 ont un âge supérieur à 43 ans : ils ont respectivement 43,49 et 54 ans.

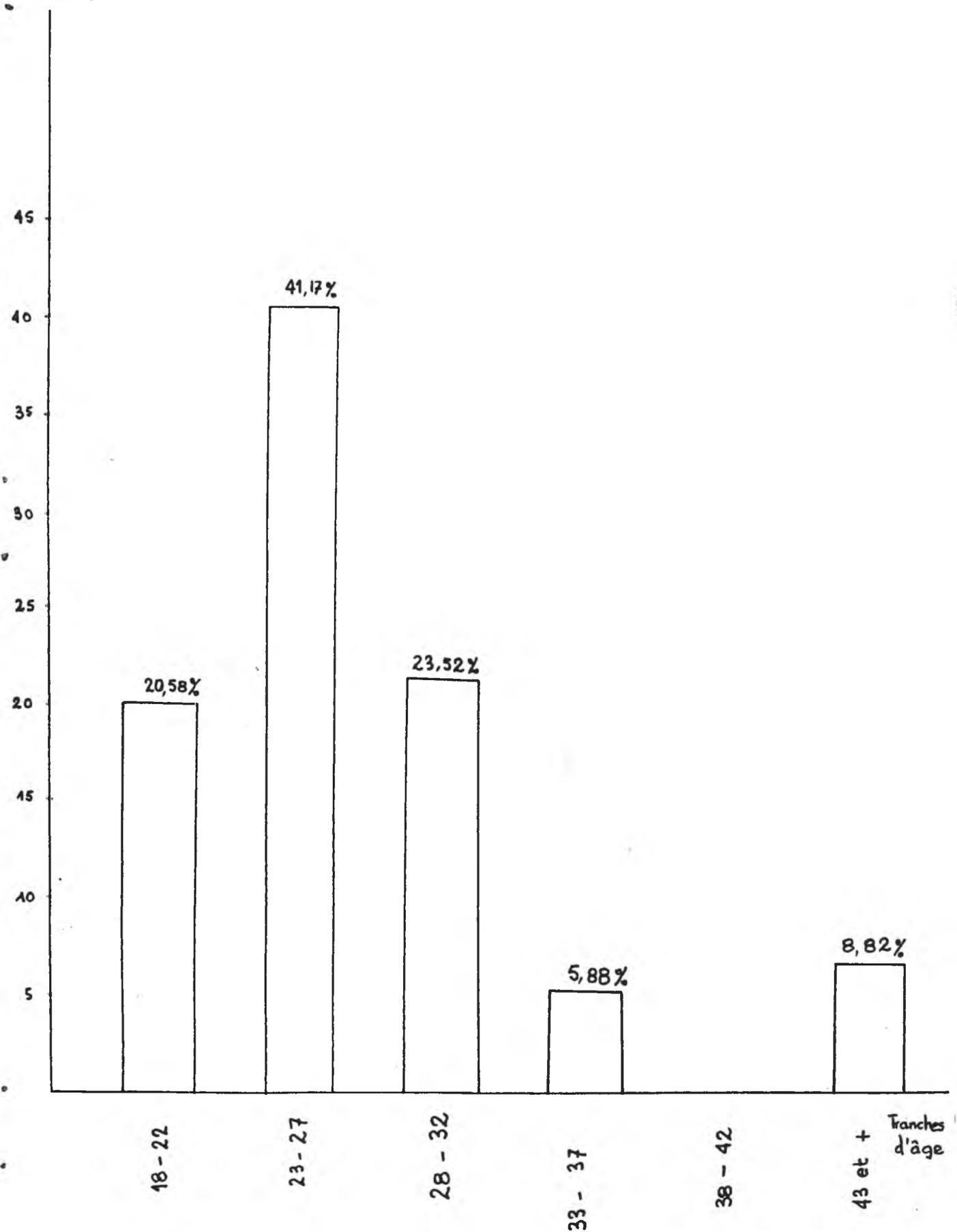
L'âge moyen des malades se situe autour de 28 ans (27,82 ans).

Fréquence



Courbe n° 1: Répartition des malades par âge et sexe

Pourcentage



Courbe no 2: Repartition des malades par âge et sexe

1.2 RÉPARTITION DES MALADES PAR ETHNIE ET PAR SEXE

ETHNIES	SEXE		TOTAL	
	M	F	N	%
BAMILÉKÉ	15	1	16	47,05
EWONDO	3	3	6	17,64
ETON	2	2	4	11,76
YAMBASSA	1	1	2	5,88
BANGOUN	1	0	1	2,94
LANGUISSA	0	1	1	2,94
BATANGA	0	1	1	2,94
BAFIA	0	1	1	2,94
SANAGA	0	1	1	2,94
BANGA-EBOKO	0	1	1	2,94
TOTAL	23	11	34	100

Tableau n° II : Répartition des malades par ethnies et par Sexe.

Il ressort de ce tableau que les Bamiléké (47,05 %), les Ewondo (17,64 %) et les Eton (11,76 %) viennent en tête. Les Bamiléké représentent plus de la moitié des sujet de sexe masculin soit 15 malades sur 23.

1.1 RÉPARTITION DES MALADES PAR NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU D'INSTRUCTION	SEXES		TOTAL	
	M	F	N	%
AUCUN NIVEAU	1	0	1	2,94
NIVEAU PRIMAIRE	6	8	14	41,17
NIVEAU SECONDAIRE	12	3	15	44,11
NIVEAU SUPÉRIEUR	4	0	4	11,76
TOTAL	23	11	34	100

Tableau III : Répartition des malades par niveau d'instruction.

- La majorité de nos patients sont du niveau primaire (41,17 %) et secondaire (44,11%).
- 4 de nos patients (11,76 %) ont atteint le niveau supérieur.
- Un seul de nos malades (2,94 %) n'a aucun niveau.

1.4

REPARTITION DE NOS MALADES PAR PROFESSION
SUJET DE SEXE MASCULIN.

PROFESSIONS	NOBRE	POURCENTAGE
ELEVES et ETUDIANTS	5	21,73
EMPLOYES DE BUREAU	2	8,69
MECANICIENS	2	8,69
MEUNISIERS	2	8,69
PLANTEURS	2	8,69
CHAUFFEURS	2	8,69
SANS PROFESSION	2	8,69
INSTITUTEUR	1	4,34
COMMERÇANT	1	4,34
ELECTRICIEN	1	4,34
TOLIER	1	4,34
TAILLEUR	1	4,34
MANŒUVRE	1	4,34
TOTAL	23	100

Tableau n° IV : Répartition de nos 21 sujets de sexe masculin
par profession.

On note sur ce tableau que le groupe des élèves et étudiants est plus représenté avec 5 cas sur 23 (21,73 %), suivi des employés de bureau, des mécaniciens, des menuisiers, des planteurs, des chauffeurs et des sans profession (8,69 %) pour chaque groupe. Les autres professions englobent 1 instituteur, 1 commerçant, 1 électricien, 1 tôlier, 1 tailleur, 1 manoeuvre (4,34%) pour chaque profession.

1.4 REPARTITION DE NOS MALADES PAR PROFESSION SUJETS
DE SEXE FEMININ

PROFESSIONS	NOMBRE	POURCENTAGE
MENAGERES	7	63,63
BONNES	2	18,18
COMMERCANTE	1	09,09
COUTURIERE	1	09,09
TOTAL	11	100

Tableau n° V : Répartition des 11 sujets de sexe féminin par
profession.

Sur ce tableau on remarque que les ménagères, 7 femmes sur 11 (63,63%) viennent en tête du classement par professions, suivies des bonnes à tout faire, 2 femmes sur 11 (18,18%). Les autres professions comprennent 1 femme chacune (09,09%) : ce sont 1 commerçante et une couturière.

1.5 REPARTITION DE NOS MALADES PAR RELIGION

RELIGION	NOMBRE	POURCENTAGE
CATHOLIQUES	23	67,64
PROTESTANTS	11	32,35
MUSULMANS	0	0
AUTRES RELIGIONS	0	0
SANS RELIGION	0	0
TOTAL	34	100

Tableau n° VI : Répartition de nos sujets par religion.

Il ressort de ce tableau que nos sujets sont exclusivement composés de catholiques (67,64%) et de protestants (32,35%). Nous n'avons pas reçu de musulmans ni de malades appartenant à d'autres sectes religieuses.

1.6 REPARTITION DE NOS MALADES PAR ETAT MATRIMONIAL
SUJETS DE SEXE MASCULIN

ETAT MATRIMONIAL	NOMBRE	POURCENTAGE
MARIES : MONOGAMES	6	26,08
: POLYGAME	1	4,34
CELIBATAIRES	15	65,21
DIVORCES OU SEPARES	1	4,34
VEUFS	0	0
TOTAL	23	100

Tableau n° VII : Répartition des 23 sujets de sexe masculin par état matrimonial.

Il se dégage de ce tableau que 65,21% de nos hommes sont célibataires contre 30,40% des mariés dont 6 (26,08%) en régime monogamique et 1 (4,34 %) en régime polygamique. Un seul de nos hommes est divorcé.

1.6 REPARTITION DE NOS MALADES PAR ETAT MATRIMONIAL
1.6.2 SUJETS DE SEXE FEMININ

ETAT MATRIMONIAL	NOMBRE	POURCENTAGE
MARIEES	5	45,45
CELIBATAIRES	4	36,36
DIVORCEES OU SEPAREES	2	18,18
VEUVES	0	0
TOTAL	11	100

Tableau n° VIII : Répartition des 11 sujets de sexe féminin par état matrimonial.

Il apparaît sur ce tableau que 5 de nos 11 femmes (45,45%) sont mariées contre 4 femmes célibataires (36,36%). 2 femmes (18,18%) ont été précédemment mariées dont 1 est divorcée et 1 en séparation d'avec son mari.

1.6.3. REPARTITION DE NOS MALADES PAR ETAT MATRIMONIAL ET PAR SEXE

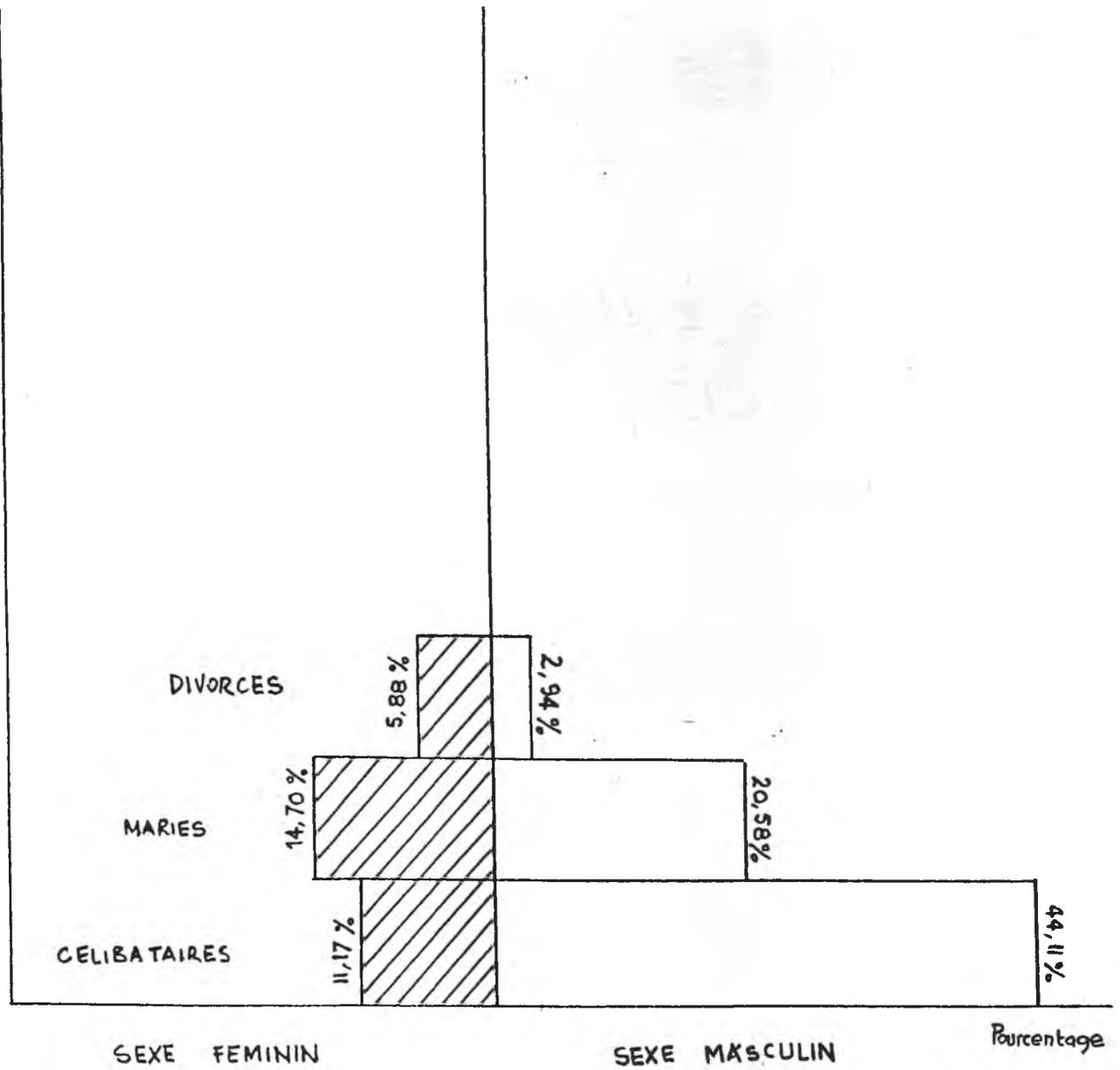
STAT. MATRIM.	MARIÉS		CELIBAT.		DIVORCES SEPARES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULIN	7	20,58	15	44,11	1	2,94	23	67,64
FEMININ	5	14,70	4	11,76	2	5,88	11	32,35
TOTAL	12	35,28	19	55,87	3	8,82	34	100

Tableau IX : Tableau récapitulatif de la répartition de nos 34 malades par état matrimonial et par sexe.

Nous remarquons sur ce tableau que :

- Les hommes célibataires représentent 44,11 % des nos malades contre 11,76 % de femmes célibataires : la différence n'est pas statistiquement significative.
- Les hommes mariés représentent 20,58 % de nos malades contre 14,70 % des femmes mariées : ces deux pourcentages et leur différence ne sont statistiquement significatifs.

Statut matrimonial



Courbe n° 3: Répartition de nos malades par état matrimonial et par sexe

2. NATURE DES TROUBLES SEXUELS PRESENTES PAR NOS MALADES2.1 CHEZ LES SUJETS DE SEXE MASCULIN

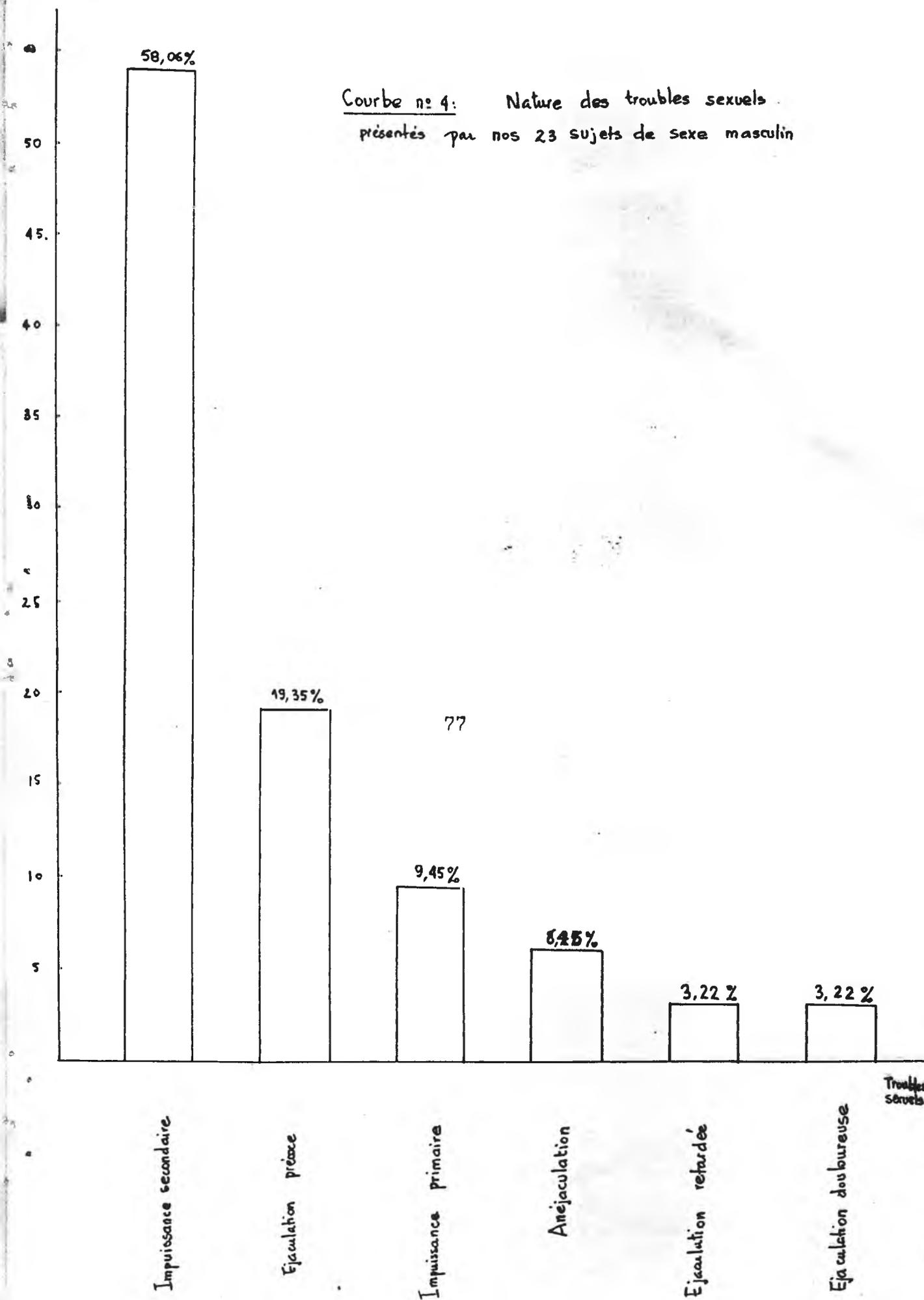
TROUBLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Impuissance secondaire	18	58,06
Ejaculation précoce	6	19,35
Impuissance primaire	3	9,67
Anéjaculation	2	6,45
Ejaculation retardée	1	3,22
Ejaculation douloureuse	1	3,22
TOTAL	31	100

Tableau n° X : Nature des troubles sexuels présentés par nos
malades de sexe masculin.

Sur ce tableau nous remarquons que les deux motifs majeurs de consultation de nos patients sont l'impuissance secondaire avec 18 cas (58,06 %), suivie de l'éjaculation précoce 6 cas (19,35 %). On note en plus 3 cas (9,67 %) d'impuissance sexuelle primaire, 2 cas d'anéjaculation retardée (3,22 %) et 1 cas d'éjaculation douloureuse (3,22 %).

.../..

Pourcentage



ASSOCIATION DES TROUBLESCHEZ LES SUJETS DE SEXE MASCULIN

(TROUBLES	: N	: %)
(Impuissance sexuelle secondaire seule	: 13	: 56,52)
(Impuissance secondaire + Ejaculation précoce	: 4	: 17,39)
(Impuissance primaire seule	: 3	: 13,04)
(Ejaculation précoce seule	: 1	: 4,34)
(Ejaculation douloureuse + Anéjaculet.	: 1	: 4,34)
(Impuissance secondaire + Ejaculation précoce et tardive + Anéjaculation	: 1	: 4,34)
(TOTAL	: 23	: 100)

Tableau n° XI : Association des troubles sexuels présentés par les sujets de sexe masculin.

Sur ce tableau on peut noter les faits suivants :

- 13 des nos 23 patients (56,52 %) consultent pour impuissance sexuelle secondaire seule.
- 4 des nos 23 patients (17,39 %) associent l'impuissance secondaire à une éjaculation précoce.
- 3 des nos 23 patients (13,04 %) présentent une impuissance primaire isolée.

.../...

1.2 NATURE DES TROUBLES SEXUELS PRESENTES PAR NOS MALADES

2.2. CHEZ LES SUJETS DE SEXE FEMININ

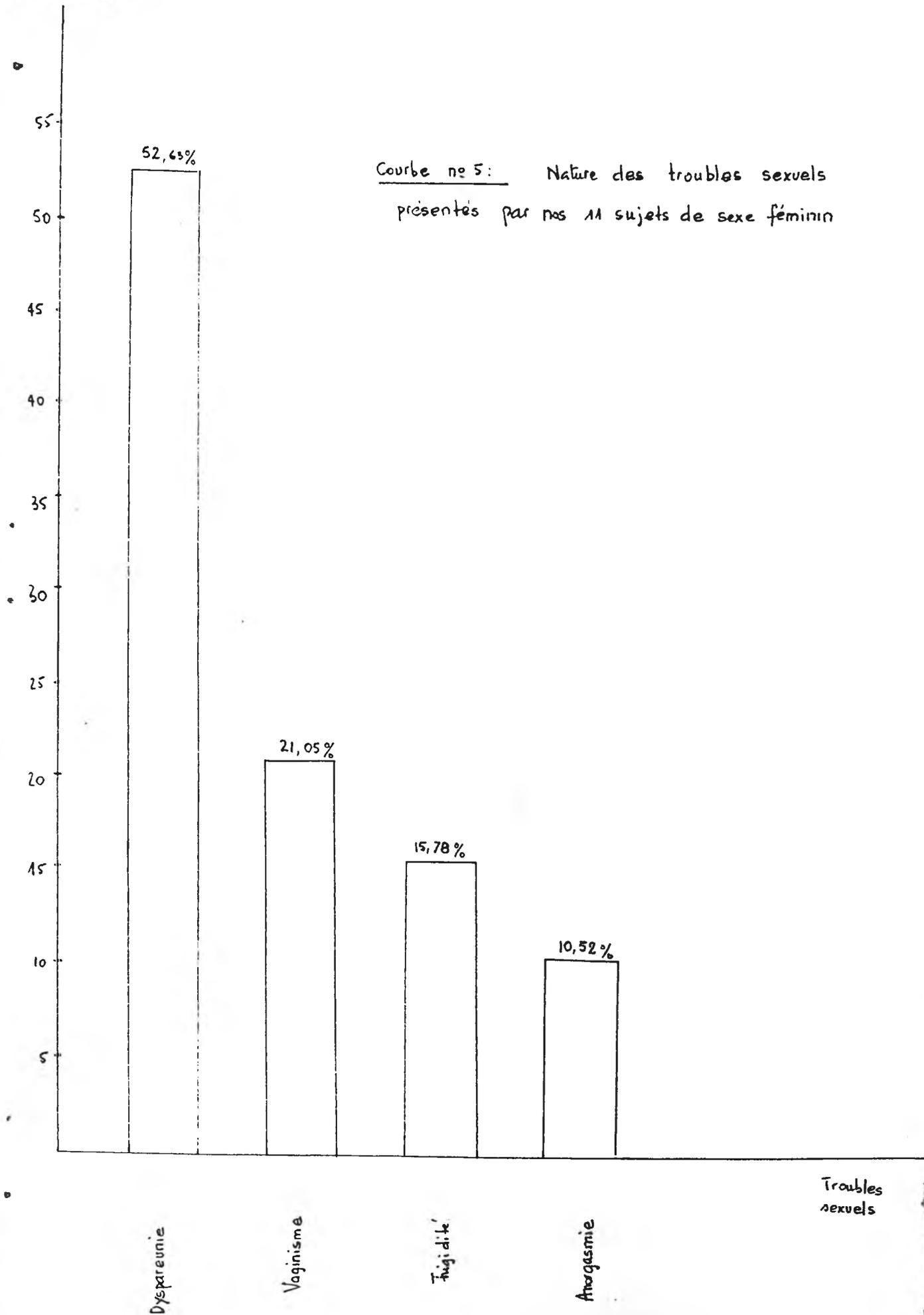
TROUBLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Dyspareunie	10	52,63
Vaginisme	4	21,05
Frigidité	3	15,76
Anorgasmie	2	10,52
TOTAL	19	100

Tableau n° XII : Nature des troubles sexuels présentés par nos 11 sujets de sexe féminin.

Il ressort de ce tableau que les dyspareunies représentent 52,63 % des motifs de consultation de nos 11 sujets féminins, suivies de 4 cas de vaginisme (21,05 %), cas de frigidité (15,76 %) et 2 cas de dysfonctionnement orgasmique (10,52 %).

.../...

Pourcentage



ASSOCIATION DES TROUBLESCHEZ LES SUJETS DE SEXE FEMININ

TROUBLES	N	%
Dyspareunie seule	4	36,36
Dyspareunie + Vaginisme	3	27,27
Frigidité seule	1	9,09
Dyspareunie + Frigidité	1	9,09
Dyspareunie+Frigidité + Anorgasme	1	9,09
Dyspareunie + Frigidité + Vaginisme	1	9,09
TOTAL	11	100

Tableau n° XIII : Association des troubles sexuels présentés par les sujets de sexe féminin.

Sur ce tableau on note que :

- 4 femmes sur les 11 (36,36 %) viennent consulter pour dyspareunie isolée.
- 3 femmes sur les 11 (27,27 %) pour dyspareunie associée à des troubles de pénétration vaginale.
- 1 seule femme sur les 11 (9,09 %) est venue consulter pour frigidité isolée.

.../...

3. ESSAI DE RECHERCHE ETIOLOGIQUE

Nous avons découvert, au cours de l'entretien avec nos malades, de leur examen clinique et paraclinique un certain nombre d'anomalies causales ou supposées telles.

3.1 CHEZ LES SUJETS DE SEXE MASCULIN

3.1.1 CAUSES PSYCHOLOGIQUES ET/OU PSYCHIATRIQUES

3.1.1.1 Masturbation active

7 de nos malades s'adonnent à une masturbation anormalement active dans des circonstances et pour des raisons diverses :

- masturbation intense avant le mariage ;
- manifestation probable d'une psychose ;
- exigences plus accrues de stimulation sexuelle ;
- désir de se débarrasser d'une tension sexuelle insupportable ;
- arme contre les variations d'humeur ;
- dans le but de réveiller une érection défaillante : 2 cas.

3.1.1.2. Premiers rapports sexuels trop précoces ou trop tardifs :

- 3 de nos sujets ont eu des rapports sexuels relativement précoces respectivement à 9 ans (2 cas) et 12 ans ;
- 3 autres ont eu leurs rapports sexuels pour la première fois respectivement à 19, 26 et 33 ans.

3.1.1.3. Rapports pervers vécus susceptibles de culpabiliser :

6 de nos 23 sujets ont eu des rapports pervers sexuels dans leur jeune âge susceptibles d'avoir un impact sur leur vie future. ce sont :

- Rapport incestueux ;
- Homo-sexualité ;
- Bestialité ;
- Pédophilie.

3.1.1.4. Comportements pervers actuels probablement non satisfaits

3 de nos sujets ont des comportements sexuels qui, s'ils ne sont pas satisfaits peuvent entraîner un dysfonctionnement sexuel : ce sont surtout des sujets ayant des penchants sadu-masochistes.

.../...

3.1.1.5 Responsabilité de la partenaire

Dans 3 cas nous avons relevé une influence consciente ou inconsciente de la partenaire susceptible de précipiter un dysfonctionnement sexuel :

- une grossesse non acceptée ;
- une partenaire qui se plaint de l'éjaculation précoce de son mari ;
- la présence d'une partenaire qui inhibe l'érection du pénis qui est normale quand le sujet est seul.

3.1.1.6. Troubles d'éjaculation :

Dans 4 cas, nos malades rapportent que l'impuissance secondaire a été par ces troubles d'éjaculation (éjaculation précoce surtout).

3.1.1.7 Maladies psychiatriques :

- 3 de nos malades sont des psychotiques connus .
- 2 présentent des symptômes de dépression pendant l'entretien et l'examen clinique.

3.1.1.8 Manque d'éducation sexuelle

Nous avons suspecté un manque d'éducation sexuelle chez 2 de nos malades qui ont été des anciens séminaristes.

ANOMALIES	EFFECTIF	POURCENT.
Masturbation	7	21,21
Preiers rapports sexuels trop précoces ou trop tardifs	6	18,18
Rapports pervers vécus culpabilisants	3	9,09
Comportements pervers non satisfaits	3	9,09
Responsabilité de la partenaire	3	9,09
Troubles d'éjaculation	4	12,12
Maladies psychiatriques	5	15,15
Manque d'éducation sexuelle	2	6,06

Tableau N° XIV : Tableau récapitulatif des causes psychologiques et psychiatriques des troubles sexuels des sujets de sexe masculin.

3.1.2. CAUSES ORGANIQUES

3.1.2.1 Antécédents d'herniorraphie inguinale :

4 de nos malades de sexe masculin présentent des antécédents d'herniorraphie inguinale dont les cicatrices ont été retrouvées à l'examen physique : les 4 herniorraphies sont unilatérales.

3.1.2.2 Antécédents d'uréthrites :

Nous avons retrouvé 3 antécédents d'uréthrites à répétition chez 3 de nos malades.

3.1.2.3 Antécédents d'intervention sur l'hydrocèle

1 seul de nos malades présente un antécédent d'intervention sur l'hydrocèle dont la cicatrice a été retrouvée à l'examen physique.

3.1.2.4 Antécédent de traumatisme crânien :

Nous avons relevé un antécédent de traumatisme crânien avec perte de connaissance survenu chez un de nos sujets à l'âge de 5 ans. Ce sujet présente une impuissance primaire et à l'examen physique on note des signes d'hypogonadisme.

3.1.2.5 Antécédents d'hémorroïdes :

1 de nos malades déclare être affecté d'hémorroïdes mais nous n'avons pas de lésion hémorroïdaire à l'examen physique.

3.1.2.6 Usage des excitants :

16 de nos malades sur 23 s'adonnent régulièrement à l'alcool et ou au tabac.

- alcool seul : 6 cas
- alcool + tabac = 10 cas.

3.1.2.7 Usage de préservatifs :

1 de nos malades utilise régulièrement des préservatifs.

3.1.2.8 Prostatites :

3 malades présentent des signes de prostatites au toucher rectal dont certaines ont été confirmées par un prélèvement uréthral après massage prostatique.

3.1.2.9

Tumeurs de la prostate :

La toucher rectal a revelé 3 tumeurs prostatiques :

- dont 2 suspects d'adénomes prostatiques ;
- et 1 d'un cancer de la prostate.

3.1.2.10

Orchi - épididymite et Funiculite :

La palpation des organes génitaux externes a revelé chez 4 sujets :

- 2 épididymites isolés ;
- 1 orchi - épididymite ;
- 1 Funiculite.

3.1.2.11

Hypogonadisme :

Nous avons suspecté 2 cas d'hypogonadisme chez 2 de nos sujets (19 et 22 ans) qui présentent tous les deux une impuissance primaire.

3.1.2.12

Urétrite actuelle :

- 5 de nos malades sont porteurs d'urétrites confirmées par un prélèvement urétral qui a revelé la présence de germes banaux.
- la palpation du trajet urétral a revelé une douleur chez un d'entre eux.

3.1.2.13

Hypertension artérielle :

Un TA = 12/20 avec un pouls à 100/mn a été découverte chez un de nos sujets âgé de 54 ans.

3.1.2.14

Azoospermie :

Un spermogramme demandé montre un azoospermie chez un de nos malades âgé de 43 ans, qui présente une impuissance secondaire et des troubles d'éjaculation.

..//..

ANOMALIES	N	%
Antécédent d'herniorraphie inguinale	4	8,00
Antécédent d'urétrites	4	8,00
Antécédent de traumatisme du bassin	2	4,00
Antécédent d'intervention de hernie ombilicale	1	2,00
Antécédent d'intervention sur hydrocèle	1	2,00
Antécédent de traumatisme crânien	1	2,00
Antécédent d'hémorroïdes	1	2,00
Usage d'excitants (alcool, tabac)	16	32,00
Usage de préservatifs	1	2,00
Prostatites	3	6,00
Tumeurs prostatiques	3	6,00
Orchi - épiddidynite	3	6,00
Funiculite	1	2,00
Hypogonadisme	2	4,00
Urétrites actuelles	5	10,00
Hypertension artérielle	1	2,00
Azoospermie	1	2,00

Tableau n° XV : Tableau récapitulatif des causes organiques des troubles sexuels des sujets de sexe masculin.

..//..

CAUSES	POURCENTAGE
PSYCHOLOGIQUES	60,24 %
ORGANIQUES	39,75 %

Tableau n° XVI : Tableau recapitulatif général des causes psychologiques et organiques des troubles des sujets de sexe masculin.

3.2. TROUBLES SEXUELS CHEZ LES SUJETS DE SEXE FÉMININ

3.2.1. CAUSES PSYCHOLOGIQUES :

3.2.1.1. Dysfonctionnements sexuels pervers non satisfaits.

Sur 4 des 11 sujets qui présentent un dysfonctionnement sexuel général nous avons relevé des comportements sexuels pervers probablement non assouvis :

- penchant masochiste seul ; 2 cas
- penchant masochiste et oraliste : 2 cas.

3.2.1.2 Antécédents de viol :

2 des 11 sujets féminins ont des antécédents de viol :

- 1 viol a été perpétré hors mariage
- l'autre par le mari qui voulait "consommer" un mariage forcé.

3.2.1.3 Partenaire brutal, avec des besoins sadiques

Chez 1 des 11 malades nous suspectons un comportement brutal du partenaire : le sujet est marié et âgé de 29 ans.

3.2.1.4 Accouchement

Nous avons relevé chez une des malades le facteur accouchement susceptible d'influencer l'apparition d'une frigidité.

.../...

ANOMALIES	N	%
Comportements sexuels pervers non satisfaits	4	50
Antécédents de viol	2	25
Partenaire brutal	1	12,5
Accouchement	1	12,5

Tableau XVII : Tableau récapitulatif des causes psychologiques des troubles présentés par les sujets de sexe féminin.

1.2.2.

CAUSES ORGANIQUES

Un certain nombre d'anomalies organiques ont été retrouvées chez 9 de nos 11 patients soit à l'interrogatoire, soit à l'examen clinique et paraclinique.

3.2.2.1

Avortements :

7 de nos 11 patients ont une histoire d'avortement dont :

- 5 avortements sans curetage ;
- 2 avortement avec curetage.

3.2.2.2.

Inflammation pelvienne

On retrouve à l'examen gynécologique 3 cas d'inflammation pelvienne siqûe qui confirment des prélèvements cervico-vaginaux dont un relève la présence de Trichomonas Vaginalis.

3.2.2.3.

Curetage :

2 de nos 11 patientes ont subi un curetage au cours d'un avortement.

- 1 des 2 patientes présente une dyspareunie associée à une frigidité ;
- l'autre présente une dyspareunie isolée.

..//..

3.2.2.4 Épisiotomie

2 sujets ont subi des épisiotomies au cours d'un de leur accouchement :

- 1 de ces patientes se plaint de dyspareunie et de difficultés de pénétration vaginale ;
- l'autre présente une dyspareunie isolée.

3.2.2.5 Fibrome utérin

On trouve 2 cas de fibromes utérins chez 2 de nos 11 malades qui présentent une dyspareunie associée à une frigidité.

3.2.2.6 Annexites

On découvre 2 annexites chez 2 de nos 11 malades :
1 annexite bilatérale et 1 autre unilatérale.

3.2.2.7 Cervicites et cervico-vaginites

2 de nos 11 patients présentent l'une, une cervicite aiguë, l'autre une cervico-vaginite aiguë, l'une se plaint de dyspareunie associée à une frigidité, l'autre se plaint de dyspareunie isolée.

3.2.2.8 Endométriose

Nous avons diagnostiqué un cas d'endométriose chez 1 de nos 11 malades ; elle a 27 ans, elle est venue consulter pour dyspareunie.

3.2.2.9 Usage d'excitant

2 de nos patients s'adonnent régulièrement à l'alcool.

.../...

ACCIDENTS	N	%
Antécédents d'avortements	7	30,43
Inflammation pelvienne	3	13,04
Antécédents de cunettes	2	8,69
Antécédents d'épisiotomie	2	8,69
Fistule utérine	2	8,69
Annexites	2	8,69
Cervicites + cervico-vaginites	2	8,69
Endométriose	1	4,34
Usage d'excitants	2	8,69

Tableau n° XVIII : Tableau récapitulatif des causes organiques des troubles présentés par les sujets de sexe féminin

CAUSES	POURCENTAGE
PSYCHOLOGIQUES	27,50 %
ORGANIQUES	72,41 %

Tableau n° XIX : Tableau récapitulatif général des causes psychologiques et organiques de troubles sexuels des sujets de sexe féminin.

SIXIEME PARTIE :

// -) ANALYSES & DISCUSSIONS

ANALYSES ET DISCUSSIONSI. L'ECHANTILLON

En 3 mois nous avons reçu 34 malades ayant des troubles sexuels à travers les consultations journalières d'un dispensaire urbain de la ville de Yaoundé, qui reçoit environ 130 à 140 malades par jour. Mais ce chiffre ne saurait prétendre déterminer la prévalence des troubles sexuels dans ce dispensaire étant donné que notre échantillonnage était fragmentaire, irrégulier. Mais ce chiffre peut donner une idée de l'importance des troubles sexuels dans les consultations journalières d'une formation sanitaire d'une telle catégorie.

1.1. L'AGE ET LE SEXE

Nous avons reçu 23 hommes (67, 64 %) et 11 femmes (32,35 %). Notre échantillonnage étant trop petit (34 cas) nous nous réservons de toute conclusion sur la prévalence des troubles dans l'un ou l'autre sexe. Nous pouvons tout au plus remarquer que les hommes se plaignent plus facilement de leurs troubles sexuels que les femmes. Quant à l'âge, nous avons noté que la tranche d'âge la plus touchée est celle allant de 23 à 27 ans : 14 sujet sur 34 soit 41,17 %. Cette tranche d'âge regroupe en effet les sujets qui sont sexuellement actifs et dont la moindre défaillance inquiétera et incitera à consulter. Avant nous RABUCH cité par PIGNEY (1975) rapporte que l'impuissance sexuelle frappe surtout les hommes entre 21 et 25 ans et qu'il s'agissait dans 50 % des cas de troubles de l'érection, puis d'éjaculation précoce et d'inappétence sexuelle.

1.2. L'ETHNIE :

Nous avons noté que 47,05 % de nos malades étaient des Bamiléké. Est-ce à dire que ce groupe ethnique est prédisposé à présenter des troubles sexuels ? A notre avis plusieurs raisons peuvent être causées :

- soit que ce groupe ethnique est le plus représentatif de la population générale de la ville de Yaoundé ;
- soit qu'ils consultent plus que les autres groupes ethniques. GEFO (1981) en étudiant la stérilité masculine a noté la même prédominance des Bamiléké sur les autres groupes ethniques et a évoqué en plus des raisons énumérées ci-dessus un besoin de paternité plus aigu chez eux. Mais nous pensons que pour des études sexologiques ultérieures, ce groupe ethnique peut être préférentiellement choisi en reconsidérant leur histoire sexuelle, leur vie prémaritale et maritale.

1.3.

LE NIVEAU D'INSTRUCTION

La majorité de nos patients sont du niveau primaire (41,17%) et secondaire (11,76%). Ce niveau moyen de nos malades a été un handicap car nous avons été persuadés que très peu de sujets puissent être capables d'expliquer de façon intelligente, leurs troubles sexuels, pendant l'entretien. Le pourcentage relativement élevé des sujets ayant atteint le niveau supérieur est en rapport direct sans doute avec le lieu de recrutement de nos malades (une ville où il existe une université et plusieurs institutions supérieures) ; Ce groupe de sujets est généralement informé sur le sexualité et parfois - même malheureusement surinformé. Ils développent une forte conscience à la moindre défaillance de leur santé sexuelle ceci leousse à consulter. La psychothérapie de tels sujets commence par leur " désinformation".

1.4.

LA PROFESSION

Le groupe professionnel le plus important de nos sujets comprend des élèves et étudiants suivi d'un cortège de professions (employés de bureau, mécaniciens, menuisiers, planteurs, chauffeurs) qui ont les caractéristique d'être modestes et peu rémunératrices. Ces professions ont déjà un terrain favorable à l'installation d'une dépression qui peuvent qu'accentuer un trouble sexuel d'origine psychique. DABA (1981) qui a étudié les aspects épidémiologiques de la dépression ^{à Yaoundé} avait déjà noté les mêmes groupes professionnels qui se superposent à peu près aux nôtres. Les mêmes professions peu rémunératrices, sources d'insatisfaction se retrouvent aussi chez les sujets de sexe féminin.

1.5.

LA RELIGION

Notre échantillon se partage deux groupes religieux = les catholiques (67,64%) et les protestants (32,35 %). Cette prédominance des 2 religions est sans doute due au fait que nous nous trouvons dans une zone fortement christianisée. Nous n'avons pas reçu de musulmans venus se palindre des troubles sexuels. Il semble que les musulmans préfèrent consulter les marabouts qui font souvent recours à des versets coraniques pour guérir par exemple l'impuissance chez l'homme. De plus il semblerait qu'ils repugnent à aller confier leurs problèmes d'intimité à une personne d'une autre religion, en somme à un mécréant.

Chez les hommes nous avons noté un pourcentage élevé des consultants célibataires (41,11%) contre 11,76% de femmes célibataires. Ce pourcentage élevé de consultants esseulés pourrait constituer un problème quant à la thérapeutique des troubles sexuels dont on sait aujourd'hui nécessitant la coopération du couple. MASTERS et JOHNSON (1971), sur un total de 12 patients isolés ont essuyé 2 échecs immédiats et perdu de vue une troisième personne qu'il aurait été facile théoriquement de suivre en surveillance post-thérapeutique. Notons que sur un total de 34 malades nous n'avons reçu qu'un seul couple dont le mari présentait une éjaculation précoce. C'est dire que la notion de la responsabilité des deux partenaires en matière de troubles sexuels est ignorée encore chez nos consultants.

2. NATURE DES TROUBLES SEXUELS PRESENTES PAR NOS MALADES

2.1. NATURE DES TROUBLES DES SUJETS DE SEXE MASCULIN

2.1.1. L'IMPUISSANCE SEXUELLE SECONDAIRE

Elle représente 58,06% des motifs de consultation des sujets de sexe masculin. Elle a revêtu plusieurs aspects cliniques :

- érection incomplète ;
- érection capricieuse, normale pendant la masturbation et qui disparaît au moment de l'activité sexuelle ;
- érection normale au début du coït et qui se réduit ou disparaît progressivement ;
- temps de latence entre deux expériences sexuelles trop longue etc...

Ces différents aspects cliniques font que l'impuissance sexuelle secondaire soit relativement fréquente. MASTERS et JOHNSON (1971) rapportent seulement 213 cas d'impuissance sexuelle secondaire sur un total de 790 cas de troubles sexuels soit 26,96%. Mais MASTERS et JOHNSON avaient réduit la définition de l'impuissance sexuelle seulement à l'incapacité d'un homme qui échoue dans 25% de ses tentatives de coït, en laissant de côté tous les échecs occasionnels qui ne sont pas rares.

2.1.2. L'EJACULATION PRECOCE :

L'éjaculation précoce représente 19,35 % des motifs de consultation de nos patients et vient immédiatement après l'impuissance sexuelle secondaire. Ce trouble coexiste d'ailleurs avec l'impuissance dans 17,39%. Notons que l'homme se plaint rarement de son éjaculation précoce. Généralement ce sont les frustrations de sa partenaire qui le poussent à consulter. MASTERS et JOHNSON (1971) faisant état de 186 cas d'éjaculations précoces (23,54%) notent que la plupart des éjaculateurs précoces sont d'un niveau intellectuel élevé. Ceci se vérifie en partie car le seul sujet venu consulter pour éjaculation précoce isolée est du niveau supérieur. La coexistence de l'impuissance secondaire et de l'éjaculation précoce (qu'elle précède souvent) est sans doute au fait que l'homme se soustrait volontairement d'abord puis inventairement au plaisir sexuel pour éviter les frustrations que lui procure son éjaculation précoce.

2.1.3.

L'IMPUISSANCE PRIMAIRE

Les 3 cas d'impuissances sexuels primaires représentent 9,07 % des motifs de consultation de nos patients = ce chiffre est important quand on sait que les MASTERS et JOHNSON (1971) n'ont rapporté que 32 cas sur 790 cas soit 4,05 % en 11 années. Au premier rang des causes de cette insuffisance sexuelle primaire ils incriminent la responsabilité du milieu familial. Pour notre part, un seul cas d'impuissance sexuelle peut être amputée à une éducation religieuse.

2.1.4.

L'ANEJACULATION :

Nous avons rapporté 2 cas d'anejaculation parmi les troubles sexuels présentés par nos malades soit 6,45 % des cas - MASTERS et JOHNSON (1971) en ont rapporté 17 sur 790 cas soit 2,15 % : ils ont trouvé que l'incapacité d'éjaculer se manifeste souvent dès la première expérience sexuelle et se perpétue par la suite. Pour notre part, cette incapacité d'éjaculer nous semble être passagère et accompagne dans 1 cas une éjaculation douloureuse, dans l'autre une impuissance sexuelle secondaire. Elle peut aussi être la conséquence d'une azoospermie que nous avons découverte chez l'un des sujets.

2.1.5.

L'EJACULATION RETARDEE

Nous avons retrouvé 4 cas d'éjaculation retardée qui faisait partie d'un ensemble de troubles d'éjaculation accompagnant 1 impuissance sexuelle secondaire - MASTERS et JOHNSON (1971) curieusement ne font pas état de ce trouble dans leur série. On peut penser que l'éjaculation tardive et l'anejaculation peuvent être simplement le fait de rapports sexuels trop rapprochés ou trop fréquents.

2.1.6.

L'EJACULATION DOULOUREUSE

Un seul malade est venu se plaindre de ce trouble sexuel. L'origine organique était évidente : une funiculite - MASTERS et JOHNSON (1971) font bien état de cette douleur ressentie pendant l'éjaculation qu'ils englobent dans le vaste champ de dyspareunie masculine. L'origine des dyspareunies masculines est presque

..../..

exclusivement organique = elles résulteraient le plus souvent de l'inflammation des organes génitaux externes (penis, scrotum) et des organes génito-urinaires (urètre, vessie prostate).

2.2. NATURE DES TROUBLES DES SUJETS DE SEXE FÉMININ

2.2.1. LES DYSPAREUNIES :

Elles représentent 52,63 % des motifs de consultation de nos sujets de sexe féminin et 4 % des patients se plaignent de dyspareunie isolée. Le taux élevé de dyspareunies ne nous surprend pas si on sait que cette dysfonction sexuelle revêt plusieurs aspects cliniques, de la simple irritation après le coït à la douleur paralysante pendant le coït décrites par beaucoup de femmes. De plus les localisations anatomiques des infections entraînant ce trouble sont variées et fréquentes d'un point à l'autre du système génital.

2.2.2. LE VAGINISME :

Dans 21,05 % des cas nos femmes ont signalé avoir eu des difficultés de pénétration vaginale. Ceci ne nous surprend pas non plus beaucoup quand on sait que ce trouble est associé à une dyspareunie chez 27,27 % de nos sujets, à une dyspareunie et un dysfonctionnement organique dans 9,09 %. Le spasme réflexe des muscles pelviens et de l'orifice vaginal qui provoquent ce trouble peut provenir de la crainte du coït devenu dans la plupart des cas douloureux. Il faut souligner ici les difficultés diagnostiques de ce trouble qui n'est presque jamais isolé. Pour notre part, pour dissiper toute ambiguïté, nous avons considéré comme vaginisme toute tentative de pénétration vaginale devenue épouvante pour la femme et qui a fini par décourager les assauts du partenaire. Les chiffres des MASTERS et JOHNSON (1971) sont très au-dessous des nôtres = 29 cas seulement sur 700 soit 9,67 %.

2.2.3. LA FRIGIDITÉ ET L'ANERGASIE

La frigidité représente 15,76 % des troubles de nos 11 sujets de sexe féminin. L'anorgasme représente 10,52 % de troubles sexuels de nos 14 sujets de sexe féminin. MASTERS et JOHNSON (1971) qui ne dissocient pas ces deux troubles parlent de dysfonctionnement organique. Ce trouble représente 43,29 % de toutes les insuffisances sexuelles qu'ils ont eu à traiter.

.../..

La frigidité et l'impuissance réunies représentent dans nos statistiques seulement 20,00 % des cas. La présence de cas de dysfonctionnement de l'orgasme vient à point nommé à infirmer l'hypothèse classique qui attribue selon elle dans nos sociétés, qu'on traite de primitives, il n'existe pas de frigidité (MICHAX, 1965).

LES CAUSES DE L'IMPUISSANCE :

3.1. CAUSES PSYCHOLOGIQUES CHEZ L'HOMME

3.1.1. LA MASTURBATION

7 de nos 23 malades (30,43 %) s'adonnent activement à une pratique masturbatoire dans des circonstances et pour des raisons diverses que nous avons évoquées plus haut. Dans tous les cas cette masturbation intense peut être à l'origine d'une insuffisance sexuelle de diverses manières :

- la masturbation peut conditionner le pénis à une hypersensibilité et partant à une éjaculation précoce ;
- la masturbation, comme TAUSK cité par ALLILAIRE (1977) l'a souligné, lorsqu'elle persiste et si elle apporte une complète satisfaction, perpétue et fixe l'infantilisme ;
- la masturbation peut enfin constituer une soupape de sécurité qui détourne l'individu de la crainte du coït ; c'est le cas par exemple de certains sujets avec une érection capricieuse (normale pendant la masturbation et qui disparaît devant la partenaire).

Mais surtout KINSEY (1968) a démontré que la masturbation est une pratique normale parce que 92 % des hommes s'y livrent.

3.1.2. LE DÉBUT DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS :

L'âge des premiers rapports a été incriminé pour 9,09 % dans notre série. Pour des hommes en effet qui sont parvenus jusqu'à 20 ou 30 ans sans jamais avoir eu des rapports sexuels avec une femme, on peut affirmer qu'ils se sont profondément adaptés à leur état. L'indifférence sexuelle dans ce cas est la manifestation d'une psychose manico-dépressive. C'est le cas d'un de nos sujets de 30 ans, venu consulter pour impuissance primaire.

La virginité précoce quant à elle peut conditionner le sujet à des habitudes de jeux érotiques masturbatoires ou autres et entraîner une hypersensibilité du pénis et partant une éjaculation facile.

..//..

3.1.3 LE VECU SEXUEL PERVERS CULPABILISANT

Un certain nombre de perversions sexuelles vécues par nos sujets peuvent être susceptibles de conditionner leur comportement présent. Ce sont les rapports incestueux, homosexuels, bestiaux et pédophiles rapportés par certains de nos sujets. Si ces rapports ont été mauvais, angoissants ou culpabilisants il y a de fortes chances qu'au moment d'un coït hétéro-sexuel normal, l'élan soit freiné par l'expérience passée.

3.1.4 COMPORTEMENT PERVERS NON SATISFAITS

Les comportements sexuels pervers sont responsables pour 9,09 % de la défaillance sexuelle de nos sujets. DREYFUS - MOREAU (1977), avant nous, avait déjà fait état des anérections liées à une perversion : "lorsqu'un homme dont les désirs pervers sont prévalents renonce à les satisfaire, par conformisme ou par culpabilité, une impuissance apparaît dans un contexte de frustration croissante, d'agressivité et d'obsession(.....). La psychothérapie de ces cas consiste à déculpabiliser la perversion et autoriser les satisfactions".

3.1.5 RESPONSABILITE DE LA PARTENAIRE

Dans 3 cas la partenaire est consciemment ou inconsciemment responsable du dysfonctionnement sexuel de nos sujets : une grossesse non acceptée, une partenaire qui se plaint de l'éjaculation précoce de son mari, la présence d'une partenaire qui inhibe une érection qui est normale par ailleurs. Dans tous ces cas, le sujet aura développé une angoisse de castration qui va inhiber l'érection du pénis désormais soustraite au phénomène réflexe et soumise à la volonté de surmonter l'obstacle dressé par la partenaire. DREYFUS-MOREAU (1977) ajoute à ces cas d'impuissances névrotiques, les formes dues au premier contact, les formes exigeant de la partenaire certaines qualités ou certaines conditions d'ambiance. Les hommes frappés d'une telle forme d'insuffisance sexuelle font recours aux prostituées, partenaires "qui ne posent pas de problèmes" et qu'il est possible et voluptueux de souiller sans culpabilité aucune. Mais DREYFUS-MOREAU citée par PIGNEY (1975) se reprend et dit qu' "aucune femme ne peut rendre impuissant un homme normal", ce qui suppose des déficiences préexistantes, le rôle de la femme étant seulement révélateur.

3.1.6 LES TROUBLES D'EJACULATION

Dans 4 cas (12,12 %) nos malades rapportent que leur impuissance secondaire avait été précédée de troubles d'éjaculation (éjaculation précoce surtout). Il serait trop facile d'affirmer d'emblée que l'éjaculation précoce entraîne une impuissance sexuelle. Mais notons que la frustration apportée par ce trouble peut à la longue, contrairement à une inhibition de l'érection et à un évitement de rapports sexuels dont on sait d'avance l'issue éprouvante.

3.1.7 LES MALADIES PSYCHIATRIQUES

5 cas d'insuffisances sexuelles sont attribuées dans notre échantillon à des maladies psychiatriques : ce sont 3 psychotiques connus et 2 cas de syndrome dépressif. Nous avons déjà souligné ailleurs le cas d'indifférence sexuelle considérée comme manifestation d'une psychose maniaco-dépressive chez un sujet avec virginité tardive. La dépression peut entraîner une insuffisance sexuelle par le biais du ralentissement psychomoteur consécutif à cette affection.

3.1.8 LE MANQUE D'EDUCATION SEXUELLE

Nous avons incriminé un manque d'éducation sexuelle chez 2 de nos patients, anciens séminaristes. Chez de tels sujets la sexualité peut être perçue comme une activité interdite ou dangereuse en raison des conditionnements religieux et culturels. SCHERSKY (1966) souligne d'ailleurs la responsabilité de l'Eglise Catholique qui condamne platoniquement la sensualité et la sexualité considérée comme péché originel, souillure dont le chrétien doit se défendre dans la mesure de son possible, afin d'assurer son salut. SCHERSKY responsabilise moins le protestantisme qui élève la sexualité au rang du devoir social, le devoir conjugal. La conception islamique de la sexualité est plus libérale. BOUDHIBA cité par PIGNEY (1975) précise que dans la religion islamique, la notion de péché originel n'existe pas. La sexualité étant un don de Dieu, c'est une activité normale et même recommandée, assimilable à la prière. C'est un acte de piété d'aider les autres à éprouver leur sexualité.

épanouir leur sexualité -MASTERS et JOHNSON (1971) incriminent le conformisme religieux pour 18,75 % et 12,20 % dans l'origine des impuissances respectivement primaires et secondaires.

3.2. CAUSES ORGANIQUES CHEZ L'HOMME

3.2.1. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Dans notre échantillon on dénombre 6 cas d'interventions chirurgicales (12 %) pouvant être responsables d'une insuffisance sexuelle chez nos sujets de sexe masculin : herniorraphie inguinales (3 %) et ombilicales (2 %) et hydrocele (2%). Il est évident que les séquelles de ces interventions chirurgicales peuvent entraîner une impuissance secondaire en endommageant les terminaisons nerveuses qui commandent l'érection. MASTERS et JOHNSON (1971) avaient avant nous incriminé les séquelles d'intervention dans 2 cas sur 1 et 213 traités pour impuissance sexuelle secondaire : 2 prostatectomies.

3.2.2. AFFECTIONS URO-GENITALES

Nous avons rencontré un certain nombre d'affections uro-génitales capables d'être à l'origine des dysfonctionnements sexuels de nos sujets :

- des urétrites anciennes ou récentes ;
- des prostatites et des tumeurs prostatiques ;
- des orchio-épididymites et funiculites ;
- une azoospermie

Les prostatites, les orchio - épididymites et funiculites sont la plupart du temps des complications d'urétrites gonococciques ou à germes banaux, négligées. Les orchio-épididymites sont souvent associées à une azoospermie par obstruction du déférent à long terme (LAUCIER 1976, MFG 1981).

Quant aux tumeurs prostatiques elles peuvent entraîner des dysfonctionnements sexuels par le déséquilibre hormonal (androgènes et oestrogènes) auxquels elles sont associées.

3.2.3 TRAUMATISME DU BASSIN

Chez 2 de nos malades une histoire de traumatisme du bassin a été retrouvée. En effet toute lésion du plexus honteux en S2 ou S3 ou de ses branches destinées au rectum, à la vessie, aux organes génitaux et au périnée peut entraîner un dysfonctionnement de ces organes. MCG (1976) avant nous en étudiant les complications urologiques des fractures du bassin a noté une impuissance sexuelle chez 12,5 % des sujets de sexe masculin.

3.2.4

TRAUMATISME CRANIEN

Nous avons relevé 1 cas de traumatisme crânien avec perte de connaissance survenu chez un de nos sujets quand il avait 5 ans. Ce malade présente à l'examen physique des signes d'hypogonadisme. Il serait trop hâtif de conclure catégoriquement que ce traumatisme est à la base de l'hypogonadisme, mais on pourrait le suspecter.

3.2.5

HEMORROÏDES :

1 sujet nous a signalé souffrir souvent de crises hémorroïdaires bien que l'examen clinique ne révélât rien. Les douleurs hémorroïdaires peuvent inhiber occasionnellement l'érection du sujet.

3.2.6

USAGE D'EXCITATIONS ET DE PRESERVATIFS

ALCOOL ET TABAC

Dans 32 % des cas nos sujets fument et boivent régulièrement de l'alcool. D'une façon générale on retrouve l'intoxication éthylique dans la plupart des insuffisances sexuelles de l'adulte. L'alcool augmenterait le désir sexuel mais il peut en résulter une insuffisance sexuelle pendant l'ivresse ou un abus prolongé. A cet effet SHAFER (1966) considère surtout son effet tranquillisant qui permet de lever l'inhibition sexuelle MASTERS et JOHNSON (1971) rapportent que 25 impuissants secondaires sur les 213 l'étaient devenus à la suite d'une seule absorption d'alcool. Le tabac quant à lui agirait par vasoconstriction artérielle s'opposant donc ainsi au phénomène de vasodilatation physiologique de la réponse sexuelle (HOJERDACH, cité par TORDJAN, 1981).

PRESERVATIFS :

1 de nos patients venu se plaindre d'une impuissance sexuelle secondaire utilisait fréquemment des préservatifs masculins.

L'usage des préservatifs serait néfaste pour deux raisons :

- réduction de la sensibilité pénienne et vaginale aux stimuli sexuels (EENSON, 1976) ;

- interférence dans la spontanéité de l'acte sexuel.

3.2.7

HYPOGONADISME :

Nous avons suspecté 2 cas d'hypogonadisme chez 2 sujets qui présentaient une impuissance sexuelle primaire. L'hypogonadisme

../..

entraîne en effet une régression des caractères sexuels secondaires et portant de la fonction sexuelle qui en fait partie. La clinique seule ne nous permet pas de poser un diagnostic certain d'hypogonadisme ici : il n'est que suspecté sur la base de l'atrophie des organes génitaux externes et une gynécomastie.

3.2.3

L'HYPERTENSION ARTERIELLE

1 de nos malades, âgé de 54 ans, venu consulter pour impuissances secondaires pour santé des chiffres tensionnels élevés (2/22), ignorés jusqu'alors. L'insuffisance sexuelle peut être due en effet ici à une hypoperfusion des organes génitaux due à la sclérose hypertensive des gros vaisseaux comme des capillaires. BASTERS et JOHNSON (1971) font bien état d'un cas d'hypertension artérielle dans leur série d'impuissance sexuelles secondaires mais ils l'attribuent surtout à un traitement réserpinique.

3.2.9

CONCLUSION SUR LES FACTEURS ETIOLOGIQUES CHEZ L'HOMME

Au total nous avons attribué pour 60,24 % aux causes psychologiques et 39,75 % aux causes organiques l'origine des dysfonctionnements sexuels de nos 23 sujets de sexe masculin - HGJCP BACH cité par TURDJMAN (1981) a reparti comme suite les causes de 103 cas d'hommes souffrant de troubles sexuels qu'il a étudiés :

- 32 cas facteurs organiques ;
- 57 cas facteurs psychologiques ;
- 28 cas facteurs intriqués.

Sur les 213 cas d'impuissances sexuelles secondaires traités par les BASTERS et JOHNSON (1971) on note :

- 156 cas dûs aux facteurs psychologiques ;
- 63 cas dûs aux facteurs organiques ;
- 13 cas dûs à des facteurs intriqués

LLOYD cité par HIGNEY (1975) rapporte que dans les quelques 5.000 centres des USA spécialisés dans le traitement des dysfonctionnements sexuels, l'examen clinique et biologique précis des malades a permis de retrouver 50 % des cas d'impuissance dûs à des affections médicales organiques.

3.3

CAUSES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LA FEMME

3.3.1

COMPLÈTEMENTS SEXUELS PERVERS NON SATISFAITS

.../...

4 cas de comportements sexuels pervers non rassouvis probablement en été relevés parmi nos 11 sujets de sexe féminin : panchants masochistes (2 cas), masochistes et oralistes (2 cas). Le mécanisme des fixations perverses a été déjà expliqué chez les hommes. Mais cette fixation est d'autant plus culpabilisante que de nature la femme porte en elle des traits masochistes nécessaires parfois à son épanouissement pendant l'acte sexuel (ABDARAH et PASNI, 1974). VELLAY (1977) insiste surtout sur les cas de frigidités dues à la culpabilité d'une masturbation condamnée ou d'une expérience scolaire homosexuelle.

3.3.2. ANTECEDENTS DE VIOL :

2 de nos patientes ont des antécédents de viol dans leur vie sexuelle. On insistera jamais assez sur le rôle culpabilisant du choc psychologique de l'angoisse issu d'un acte sexuel non consentant chez la femme violée. Les épisodes traumatisants d'un viol sont aussi rapportés par MASTERS et JOHNSON (1971) chez 2 femmes mariées traitées pour vaginisme.

3.3.3. RESPONDABILITE DU PARTENAIRE :

Chez 1 de nos malades présentant une dyspareunie sans cause organique apparente, nous avons suspecté la responsabilité du partenaire qui peut être brutal et sadique. BELAISCH et SANDER (1975) évoquent simplement une discourtoisie ou une maladresse du partenaire surtout si la douleur survient dans la période suivant les premiers rapports sexuels. VELLAY (1977) rapporte une très belle définition qu'une de ses patientes a utilisée pour expliquer la responsabilité de son partenaire dans son dysfonctionnement sexuel = "Mon mari fait l'amour comme il met son courrier à la boîte aux lettres".

3.3.4. ACCOUCHEMENT :

Chez 1 de nos patientes venue se plaindre de frigidité, on relève que l'événement accouchement est un facteur déclenchant. Nous avons déjà souligné, en citant MICHAUX (1965) et VELLAY (1977) les sources de l'angoisse qui inhibent la réponse sexuelle dans le mécanisme des frigidités post-partum. Il s'agit soit de l'hypertrophie de l'esprit matériel ou alors la cristallisation sur la mère de la douleur ressentie pendant l'accouchement

sur ses organes génitaux lors du passage de l'enfant.

3.4. CAUSES ORGANIQUES CHEZ LA FEMME

3.4.1. MANOEUVRES OBSTETRIQUES

Un certain nombre d'actes obstétricaux peuvent être responsables d'un dysfonctionnement sexuel chez nos sujets de sexe de féminin : ce sont des avortements avec ou sans curetage, des épisiotomies. Ces éléments réunis ont été incriminés pour 49,82 % des causes organiques. En effet au cours des avortements mal conduits, au cours de certains accouchements, il peut persister une cicatrice de déchirure périnéale, une bride vaginale douloureuse, une déchirure cervicale parfois étendue très haut. En plus de la douleur créée par ces manoeuvres obstétricales, BENSON (1976) souligne l'aspect purement psychologique de sentiment de diminution de la féminité chez ces femmes qui ont subi une mutilation de leurs organes génitaux. Il est donc important que l'accoucheur ou le chirurgien explique toujours à sa patiente l'influence d'une intervention obstétricale ou chirurgicale sur la sexualité future du sujet.

3.4.2. INFECTIONS DES ORGANES GENITAUX ET DU PETIT BASSIN

Ce sont toutes les inflammations pelviennes, les annexites les cervicites ou les cervico-vaginites : elles ont été incriminées pour 30,43 % des causes organiques. Les vaginites sont responsables en général des dyspareunies superficielles alors que les dyspareunies profondes sont liées à une lésion organique pelvienne. Mais BELAISCH et SANDER (1976) soutiennent que ce sont surtout les vulvo-vaginites à : Trichomonas ou mycosiques qui sont responsables des douleurs superficielles. Cependant que les femmes atteintes de vaginites bactériennes connaissent des rapports agréables et normaux.

3.4.3. ENDOMETRIOSE ET FIBROME UTERIN

Ces 2 affections, découvertes chez 3 de nos patientes sont responsables pour 13,04 % des dysfonctionnements sexuels d'origine organique.

Le fibrome agirait par compression du péritoine et du tissu conjonctif par dilatation du vagin et au fur et à mesure de son développement ce fibrome entraînera donc un coït de plus en plus douloureux

L'endométriose agirait quant à elle par la sclérose des parties molles qu'elle crée, entravant ainsi la mobilité des organes génitaux pelviens pendant l'acte sexuel.

3.4.4. USAGE D'EXCITANTS :

Chez 2 de nos patientes nous avons noté un usage habituel d'alcool qui pourrait être à l'origine de leur insuffisance sexuelle. Nous avons déjà souligné chez l'homme le rôle néfaste de l'alcool pris régulièrement ou abusivement sur l'activité sexuelle. La même remarque est valable aussi à propos de la femme.

3.4.5. CONCLUSION SUR LES FACTEURS ETIOLOGIQUES CHEZ LA FEMME

Le tableau n° XIX nous montre que les facteurs organiques (72,41 %) priment de loin sur les psychologiques (27,58 %). Ceci ne nous surprend nullement si on sait que 52,62 % des motifs de consultation de nos sujets sont constitués par des dyspareunies dont la cause organique était évidente. Mais l'évidence des causes organiques à l'examen clinique ne nous a pas empêchés d'envisager dans certains cas une origine psychique liée au comportement sexuel du partenaire qui peut être tout simplement brutal, discourtois ou maladroit.

SEPTIEME PARTIE :

() CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS

CONCLUSIONS RECOMMANDATIONS :

Notre étude a consisté, à travers les consultations journalières, d'un dispensaire urbain de la ville de Yaoundé, à identifier la nature des principaux troubles de la sexualité qu'on y rencontre et dans la mesure du possible d'envisager des étiologies. Nous pensons dans une certaine mesure avoir atteint ces objectifs, mais nos conclusions seront prudentes, du fait du petit nombre de nos cas, 34, soit 23 fois inférieur à la série des MASTERS et JOHNSON (1771) à laquelle nous nous sommes souvent référés. Néanmoins quelques leçons peuvent être tirées :

- Sur les caractéristiques des cas : notre échantillon est loin d'être représentatif mais le profil type du malade qui vient se plaindre des troubles sexuels est un homme ou une femme, sexuellement actif, ayant un niveau d'instruction et une profession modeste, catholique ou protestant, le plus souvent célibataire.

- Sur la nature des troubles sexuels : ces troubles sont variés. Chez l'homme la plupart du temps ce sont des impuissances éphémères, associées ou non à des troubles d'éjaculation. Les anfractuosités revêtent des aspects cliniques multiples qui ne doivent plus être négligés : erection trop molle ou trop fugace, accompagnement de troubles d'éjaculation qui peuvent la précéder ; erection chronique qui disparaît devant le partenaire ; un temps de latence entre deux expériences sexuelles trop longue le plus souvent par rapport aux performances habituelles. Chez la femme, les troubles sexuels sont dominés par la dyspareunie qui représente plus de la moitié des motifs de consultation (52,63 %). Le plus souvent la dyspareunie est associée à des troubles de difficultés de pénétration vaginales et à un dysfonctionnement sexuel général ou organique qu'il faut rechercher patiemment pendant l'entretien avec chaque malade.

- Sur les étiologies : elles sont aussi variées qu'inattendues et insoupçonnées parfois, la composante organique n'étant parfois l'origine psychique = le cas de certains comportements sexuels non acceptés ou non assouvis en sont un exemple. D'où l'intérêt de toujours faire le point de l'histoire sexuelle de tout malade se plaignant de ses insuffisances sexuelles.

- Sur les aspects thérapeutiques :

Nous n'avons pas fait état des aspects pratiques thérapeutiques des troubles sexuels dans ce travail qui n'est qu'une introduction à l'étude des problèmes sexuels.

Nous exposons cependant ci-dessous quelques données récentes sur les thérapies sexuelles.

Pendant longtemps en effet, on a cru et on continue à croire que le traitement des insuffisances sexuelles repose essentiellement sur une thérapie hormonale substitutive. Plusieurs éléments permettent de réfuter cette hypothèse aujourd'hui :

- il a été démontré que l'homme castré peut conserver une activité sexuelle pendant longtemps ;
- l'administration des androgènes n'entraîne pas un accroissement de la capacité sexuelle d'un homme dont les centres cérébraux sont altérés ;
- le traitement substitutif par les hormones dépend des variations individuelles.

Donc la thérapie des insuffisances sexuelles dépend plus des centres cérébraux que de la sécrétion hormonale. On a certes utilisé la ychimbine mais son action bien que démontré chez l'animal, est encore hypothétique chez l'homme.

L'utilisation de la thérapie substitutive hormonale est réduite seulement à quelques indications :

- dans une insuffisance sexuelle dont la cause organique est démontrée par un examen clinique et paraclinique qui révèle une baisse du taux d'androgènes ;
- dans un hypogonadisme certain ;
- chez l'homme âgé où il y a généralement une baisse du taux de testostérone.

S'il y a une maladie de base qui explique l'insuffisance sexuelle (diabète, cirrhose, hémochromatose, alcool etc...), il faut d'abord traiter l'affectio, causale.

Pour les insuffisances sexuelles d'origine psychogène, tous les auteurs sont unanimes aujourd'hui : elles sont une affaire de couple. MASTERS et JOHNSON (1971) sont les premiers à proposer un schéma thérapeutique basé sur la coopération du couple, la suppression de la peur de l'acte sexuel et les échanges couple - thérapeutes.

Nous résumerons ci-dessous quelques schémas thérapeutiques utilisés actuellement à propos des principaux troubles sexuels que nous avons identifiés.

L'impuissance sexuelle

MASTERS et JOHNSON (1971) utilisent la méthode de désensibilisation systématique du couple en 3 étapes :

- supprimer la crainte du passage à l'acte sexuel par l'interdiction des rapports sexuels qui se limitent à la stimulation : la desensibilisation utilise ici la relaxation comme antagoniste de l'anxiété ;

- rétablir un réseau de communication entre le couple ;
- rassembler, rassurer en faisant passer les connaissances élémentaires.

Si l'anxiété est très grande, SULLIVAN et PATCH (1971) proposent l'utilisation de tranquillisants pour en venir à bout dans la première étape.

L'ejaculation précoce :

Le traitement repose sur la diminution de la stimulation psychique et tactile du sujet qui permet de prolonger et de contrôler la phase éreugestique. SEMANS (1956) cité par GUILBERT et HEIM (1977) propose la stimulation du pénis, par la femme jusqu'aux sensations prémonitoires de l'orgasme, puis cessation de la stimulation jusqu'à disparition de ces sensations et ainsi de suite jusqu'à ce que la stimulation puisse être tolérée pendant longtemps. MASTERS et JOHNSON (1971) utilisant la technique de compression. Pendant la masturbation par la partenaire, si l'homme signale qu'il est sur le point d'ejaculer, sa partenaire comprime le pénis ce qui a pour effet de stopper le besoin d'ejaculer. Cette technique est d'abord pratiquée extravaginalement, puis après la pénétration.

La frigidité (dysfonctionnement sexuel général)

MASTERS et JOHNSON (1971) utilisent une technique en 3 étapes :

- sensibilisation sensorielle : le couple pratique des caresses non génitales en échangeant leurs impressions sur leur sensation ;
- puis le partenaire passe à l'étape de stimulation génitale autonome ;
- enfin les relations sexuelles complètes peuvent être permises.

L'anorgasmie :

Pour le dysfonctionnement orgasmique nous retiendrons le plan de KAFLAR (1974) cité par GUILBERT et HEIM (1977) : il est divisé en 6 étapes :

- apprentissage de la masturbation ;
- découverte des raisons qui inhibent l'orgasme ;

.../...

- contraction vaginale et abdominale à l'approche de l'orgasme pendant la masturbation ;
- relations sexuelles avec stimulation du clitoris par le conjoint après pénétration ;
- relations sexuelles complètes avec orgasme provoqué par des mouvements de va-et-vient.

Le vaginisme et la dyspareunie :

Le traitement des vaginismes et des dyspareunies psychogènes utilise aussi des méthodes de désensibilisation systématique. WILFFORD citée par GUILBERT et HEIM (1977) utilise la désensibilisation systématique in vivo, par introduction des bougies de Hégar, d'abord par le médecin puis par la patiente et enfin par le mari. MASTERS et JOHNSON (1971) soignent les vaginismes en deux étapes :

- la première étape consiste en l'explication du mécanisme du vaginisme par des planches anatomiques et l'utilisation des bougies de Hégar.

- la deuxième étape est l'étape de l'information sexuelle qui aide "à découvrir et accepter le caractère simple et spontané de la fonction sexuelle". Ils obtiennent 100 % de succès avec cette méthode.

En conclusion dans notre exposé nous n'avons fait état que du traitement des troubles d'insuffisances en laissant de côté le traitement des déviations sexuelles qui relèvent souvent de la psychanalyse et de la psychothérapie psychanalytique. Nous insistons encore une fois sur le rôle primordial que doit jouer le couple dans la thérapie comportementale. Les statistiques des MASTERS et JOHNSON (1971) sont sans doute encourageantes mais ne perdons pas de vue l'objet de la sexologie clinique, très bien illustrée ici par cette pensée de WAYERBERG (1980) : "En sexologie, on ne guérit pas, on escorte, on accompagne ses patients sur un court trajet de leur existence, celui de "leur vie privée", le temps d'apaiser leurs problèmes. On soigne certes "ce qui ne va pas "du côté organique, mais on informe, on peut conseiller, on a peut-être la chance de recueillir".

En plus de ces aspects thérapeutiques nous avons fait un large éventail de certaines données générales qui sont indispensables à connaître pour comprendre et traiter toute insuffisance sexuelle humaine = une physiologie aussi détaillée que possible de l'acte sexuel normal, un exposé des principaux troubles sexuels rencontrés et un aperçu sur les aspects thérapeutiques. Nous pensons que ces connaissances générales sont autant un enseignement pour tout praticien qui, en matière de thérapie sexologique doit s'informer pour informer son patient, le déculpabiliser ou le rassurer. Ce travail, qui n'est qu'une introduction à l'étude des troubles de

la sexualité ouvre un champ nouveau d'investigation. La science sexuelle, jeune encore, n'en est qu'à ses débuts, de nombreux travaux, expérimentations, recherches biologiques, sociologiques etc... sont à effectuer. Nous sommes persuadés en outre que les quelques cas qui ont consulté ne sont qu'une partie d'un iceberg qu'on aperçoit dans la mer.

En ce qui concerne tout cela, nos espoirs immédiats sont pour :

1°) La levée progressive du tabou qui plane sur la sexualité humaine : que la population qui souffre des troubles sexuels ne détourne plus et que le médecin vers qui elle vient parfois ne lui tourne plus le dos ;

2°) Le renforcement de l'enseignement de sexologie dans notre Faculté de Médecine ;

3°) Une évaluation plus étendue des troubles sexuels dans une vaste enquête épidémiologique ;

4°) Une éducation sexuelle, la vraie éducation sexuelle, sans mensonge et sans pilule. Pour cela il faut au préalable déterminer quel type d'éducation sexuelle il nous faut. Nous ne voulons plus l'éducation sexuelle transplantée ; mensonge ou on explique grossièrement aux adolescents que l'enfant sort du chou ou de la cigogne.

Tout cela afin que les problèmes sexuels ne continuent plus à faire des victimes en sourdine dans la société (mariages non consommés, stérilité, divorces, suicides etc...) sans que personne ne puisse lever le petit doigt, chacun d'entre nous paralysé par le tabou qu'est la sexualité humaine.



IBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, G. et PASINI, W. (1974)
Introduction à la sexologie médicale
PARIS : Payot.
- ALLILAIRE J.F.
La sexualité de l'adolescent
La Revue du Praticien, 27, 821-829
- BELEISCH, J. et SANDER, M. (1976)
Les dyspareunies
La Revue du Praticien, 26, 3833-3838
- BENSON, R.C. (1976)
Current Obstetric and gynecologic
Diagnosis and Treatment
LOSALTOS : Lange Medical Publications
- BERNARD, P. et TROUVE, S. (1977)
Semiologie Psychiatrique
PARIS : Masson.
- BOBOYONG, J.M. (1976)
Réflexions sur les infections pelvigénitales
chirurgicales de la femme Camerounaise.
YAOUNDE - Thèse de doctorat en médecine
CUSS. Université de Yaoundé.
- BRAND, R. (1973)
Sexualité et fécondité dans la vallée de
l'ouémé (Nord-Ouest de Porto-Novo).
In International Development Research Centre, IDRC (Ed) (1973)
Education sexuelle en Afrique Tropicale
- BROWN, F.R. et KEMPTON, T. (1950)
Sex Questions and Answers
NEW-YORK : Mc Crow - Hill
- DAMA, M. (1981)
Contribution à l'étude épidémiologique de la dépression
YAOUNDE. Thèse de doctorat en médecine
CUSS. Université de Yaoundé.
- DICKINSON, R.L. (1949)
Atlas of woman Sex Anatomy
BALTIMORE : Williams and Wilkins.
- DICKINSON, R.L. et PIERSON, H.H. (1925)
The average sex life of American Women
Jour. A. A. S., 1113-1117

- DICKE, B. et COLLINGS, H. (1965)
 Les effets d'un cas d'impuissance sexuelle
Psychopathologie Africaine, 1, 487-511
- GRUYERS - MOREAU, J. (1977)
 Impuissances sexuelles et troubles de l'éjaculation
La Revue du praticien, 27, 881-890
- ELLIS, A. (1954)
 American Sexual Therapy
 NEW-YORK : Tavoyne Publishers
- ELLIS, H. (1938)
 Études de psychologie sexuelle
 PARIS : Mercure de France.
- ERIKSON, E. (1950)
 Enfance et Société
 NEUCHÂTEL : Delachaux et Niestlé
- FROED, S. (1952)
 Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité
 PARIS : Gallimard.
- GRAFENBERG, E. (1950)
 The role of urethra in female orgasm
Int. J. Sex 1, 3, 145-148
- GUILBERG, P. et HEIM, F. (1977)
 Approche comportement des troubles de la fonction sexuelle.
La Revue du Praticien, 27, 939-945
- HARRY, P. (1970)
 Erotisme africain
 PARIS: Fay t.
- HARDENBERG, E. W. (1949)
 Science and the Safe Period.
 BULLINGRE : Williams and Wilkins.
- JULLIARD, R. (1977) (Ed.)
 Dictionnaire de la Sexualité
 PARIS : René Julliard.
- KAPLAN, H.S. (1979)
 The new sex therapy : active treatment of sexual dysfunctions
 NEW-YORK : Brunner/Mazel.

- KINSEY, C.A. et al. (1968)
Sexual behavior in the human female
PHILADELPHIA and LONDON : Saunders.
- KINSEY, C.A. et al. (1968)
Sexual behavior in the human male
PHILADELPHIA and LONDON : Saunders
- KOUPERNIK, C. (1977)
Semiologie psychiatrique
In MATHE, G. et RICHEL, G. (1977)
Semiologie Médicale
PARIS : FLAMMARION Médecine-Sciences, 881-893
- LANTUM, D.N. (1978)
Fertility and some factors affecting it.
Divorce in rural Cameroun (Woman's opinion).
Public Health Unit, CUSS.
Université de Yaoundé.
- LAUGIER, P. (1976)
Gonocoecies muqueuses et cutanées
La Revue du Praticien, 26. 3245-3256
- LCBROT, M. (1975)
Les difficultés sexuelles de l'adulte
PARIS : Editions ESF.
- MAKONGE, M. et ERNY, P. (1976)
Comportements sexuels chez les Baushi de Kinama
(Shaba, Zaïre).
Psychopathologie Africaine, 12. 5-33
- MASTERS, W.H. et JOHNSON, V.E. (1968)
Les réactions sexuelles
PARIS : Robert Laffont
- MASTERS, W.H. et JOHNSON, V.E. (1971)
Les mésententes sexuelles et leur traitement
PARIS : Robert Laffont
- MBOG, E. (1978)
Les complications urologiques des fractures du bassin
à l'Hôpital Central de Yaoundé.
YAOUNDE : Thèse de doctorat en médecine
CUSS. Université de Yaoundé.

- MEFO, H. (1981)
Infertilité masculine à Yaoundé
YAOUNDE. Thèse de Doctorat en Médecine
CUSS. Université de Yaoundé
- MICHAUX, L. (1965)
Psychiatrie
PARIS. Flammarion
- MOLL, A. (1912)
Sexuel life of the child
NEW-YORK : Macmillan.
- MONKAM, J.M. (1974)
L'impuissance sexuelle dans la pratique médicale quotidienne
Médecine d'Afrique Noire, 21, 849-854.
- NTONE, E. F. (1980)
Contribution à l'étude des conduites suicidaires dans
une unité de médecine d'urgences.
YAOUNDE. Thèse de Doctorat en médecine
CUSS. Université de Yaoundé.
- OMS (1975)
Formation des professionnels de la santé aux actions
d'éducation et de traitement de la sexualité humaine
Organisation Mondiale de la Santé. Série de rapports techniques
572.
- PICHOT et Coll. (1973)
La personnalité
2. Dynamique
PARIS : Roger Dacosta.
- PIERSOL, G.A., (1907)
Human Anatomy
PHILADELPHIA : Lippincott.
- PIGNEY, F. (1975)
Compte-rendu du congrès international de sexologie médicale
Contraception, fertilité, sexualité, 3, 43 - 51.
- PLOSS, H.H. et al. (1935)
Woman
LONDON : Heinemann, 1, 308 - 340.
- REUBEN, D. (1971)
Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe,
sans jamais oser le demander.
PARIS : Stock.

- ROHLEDER, H. (1907)
 Vorsehung über Geschlechtstrieb und gesamtes
 Geschlechtsleben des Menschen
 BERLIN : Fischers Medizinische Buchhandlung.
- SCHELSKY, H. (1966)
 Sociologie de la Sexualité
 PARIS : Gallimard
- SEMAN, J.H. (1956)
 Premature ejaculation : a new approach
Southern. Med. J. , 49, 353-358
- SHAFFER, N. (1966)
 Alcohol and Sex
 in Sexology , 351-354
- SOLOMON, P. and PATCH, V.D. (1971)
 Handbook of Psychiatry
 LOS ALTOS : Lange Medical Publications.
- STEKEL, W. (1949)
 La femme frigide
 PARIS : Gallimard
- TORDJMAN, G. (1981)
 Jérusalem : le bilan du 5ème congrès mondial de Sexologie
Médecine Digest, 7, 11-15
- URBACH, K. (1921)
 Über die zeitliche Gefühlsdifferenz der Geschlechter während
 der Kohabitation.
Z. Sexualwiss., 8, 124-138
- VAN DE VELDE, T.H. (1930)
 Ideal Marriage
 NEW - YORK : Covici Friede
- VELLAY, P. (1977)
 La frigidity et son traitement
La Revue du Praticien, 27, 897-901
- ZE NGONDO, D. (1976)
 Contribution à l'étude de l'hypertrophie
 bénigne de la prostate à l'Hôpital Central de Yaoundé
 YAOUNDE. Thèse de doctorat en médecine
 CUSS. Université de Yaoundé.

17-) ANNEXES

Nous proposons ci-dessous au Médecin généraliste une fiche de consultation et une liste des examens complémentaires pour tout malade présentant des troubles sexuels.

1. FICHE DE CONSULTATION

1.1. PREMIERE PARTIE : IDENTITE DU MALADE

Nom :

Prenom :

Age :

Sexe :

Ethnie :

Niveau d'instruction :

.....

.....

Profession :

.....

.....

Religion.....

.....

.....

Statut matrimonial.....

.....

.....

1.2. DEUXIEME PARTIE : MOTIFS DE CONSULTATION :

.....

.....

1.3 TROISIEME PARTIE : HISTOIRE DE LA MALADIE :

.....

.....

.....

.....

.../...

1.3. QUATRIÈME PARTIE : ENTRETIEN AVEC LE MALADE

1.3.1. RECHERCHE DES TROUBLES LIÉS A L'ACTE SEXUEL

PHASE DE PUSION :

CHEZ L'HOMME :

Est-ce qu'il ya des phénomènes qui vous excitent sexuellement (la vue, la voix ou les objets de votre partenaire)?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Quels sentiments avez-vous à l'évo- cation des rapports sexuels ?

Dégoût :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Peur :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Honte, culpabilité :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

CHEZ LA FEMME :

Est-ce qu'il ya des phénomènes qui vous excitent sexuellement (la vue, la voix ou les objets de votre partenaire)?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Quels sentiments avez-vous à l'évo- cation des rapports sexuels ?

Dégoût :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Peur :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Honte, culpabilité :

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

PHASE PRÉPARATOIRE :CHEZ L'HOMME :

Arrivez-vous à être excité par votre partenaire ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Comment doit se comporter votre partenaire pour arriver à vous exciter ?

-Paroles douces _____

-Caresse : _____

-Autres : _____

CHEZ LA FEMME :

Arrivez-vous à être excitée par votre partenaire ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Comment doit se comporter votre partenaire pour arriver à vous exciter ?

Paroles douces _____

Caresse : _____

Autres : _____

PHASE COPULATIVE :CHEZ L'HOMME

Avez-vous alors une érection ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

S'il y a érection, disparaît-elle au moment de l'intromission (pénétration) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

CHEZ LA FEMME

Est-ce que après la pénétration vous sentez le pénis (la verge) ?

° Verge perçue sans sensation d'érotisme.

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

° Verge non perçue du tout :

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Est-ce que vous participez quand il y a pénétration ?

Sensation de vagin mouillé :

Non _____

Oui _____

° Mouvement du bassin :

Non _____

Oui _____

La pénétration a-t-elle été toujours possible ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

PHASE ORGASTIQUE :

CHEZ L'HOMME :

Est-ce que vous jouissez toujours ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

° Ejaculez-vous sans jouir ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

° Ejaculez-vous trop rapidement après la pénétration malgré votre envie de retenir ?

Non _____

Pourquoi _____

° Ou bien au contraire, mettez-vous trop de temps pour éjaculer malgré vous ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

° Ou bien alors vous arrive-t-il de ne pas éjaculer du tout ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

CHEZ LA FEMME :

Avez-vous jamais joui ?

Oui _____

Non _____

Pourquoi _____

Il vous est arrivé de jouir, mais maintenant vous ne jouissez plus.

Non _____

Pourquoi _____

Jouissez-vous avant, en même temps ou après votre partenaire habituellement ?

Avant : _____

Pourquoi _____

En même temps : _____

Pourquoi _____

Après _____

Pourquoi _____

Avez-vous mal pendant l'éjaculation ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

PHASE DE RESOLUTION :

CHEZ L'HOMME

CHEZ LA FEMME

Après les rapports sexuels, quels sentiments avez-vous ?

Après les rapports sexuels quels sentiments avez-vous ?

Fatigue :

Fatigue :

Non _____

Non _____

Oui _____

Oui _____

Pourquoi _____

Pourquoi _____

° Dégoût, mécontentement, tristesse

Dégoût, mecontentement, tristesse

Non _____

Non _____

Oui _____

Oui _____

Pourquoi _____

Pourquoi _____

Après un premier rapport sexuel, combien de temps mettez-vous pour reprendre une deuxième expérience ?

1.4.2 RECHERCHE DE PERVERSIONS SEXUELLES :

1.4.2.1. MASTURBATION (ONANISME, AUTO-EROTISME) :

(plaisir sexuel obtenu par stimulation non coïtale des organes génitaux).

Vous arrive-t-il de vous procurer du plaisir sexuel en excitant vous-même vos organes génitaux ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Pendant cette excitation, rêvez-vous à un partenaire donné
(image de femme nue ou d'homme nu) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.2. ORALISME (FELLATION, CUNNILINGUS)

(Excitation sexuelle par contact bucco-génital)

Vous est-il arrivé de lécher ou de vous faire lécher les
organes génitaux par votre partenaire ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Préférez-vous ce genre de pratique au coït normal (contact
vagin-verge) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.3. SODOMIE :

(plaisir sexuel par contact ano-génital).

Vous est-il arrivé d'entretenir des rapports sexuels par
l'anus ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Préférez-vous cette forme de rapports sexuels au coït
normal (contact vagin-verge) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.4.

HOMOSEXUALITE :

(Désir de contact sexuel avec des personnes de même sexe que soi).

HOMOSEXUALITE MASCULINE (PEDERASTIE)

(Questions posées à l'homme)

Etes-vous excité par un homme plus que par une femme ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Avez-vous déjà entretenu des rapports sexuels avec un homme ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

HOMOSEXUALITE FEMININE (LESBIANISME)

(Questions posées à la femme)

Etes-vous excitée par une femme plus que par un homme ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.5.

EXHIBITIONNISME :

(Tendance délibérée à montrer ses organes génitaux en public comme moyen de satisfaire sexuelle).

EXHIBITIONNISME MASCULIN :

(questions posées à l'homme).

Aimez-vous porter des pantalons serrés ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

..../..

Vous plaît-il de montrer vos organes génitaux à une fille ou à un groupe de filles ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

EXHIBITIONNISME FEMININ

(Questions posées à la femme)

Aimez-vous porter des robes courtes, des corsages transparents ou aller sans soutien-gorge ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Cela vous plaît-il de montrer de vos organes génitaux à un homme ou à un groupe d'hommes comme une danseuse de spectacles (Strip-teaseuse) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.6.

VOYEURISME :

(Obtention du plaisir sexuel à regarder les organes génitaux ou les activités sexuelles des autres).

Aimez-vous regarder en cachette une femme nue ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Quand vous étiez enfant, vous étiez-vous habitué à regarder à travers les trous de serrure des portes ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Préférez-vous regarder les organes génitaux de votre partenaire avant les rapports sexuels ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.7.

FETICHISME. PARTIALISME

(Satisfaction sexuelle à partir des objets inanimés ou à partir d'une partie du corps : chaussures, lingerie, cheveux etc...)

Avez-vous l'habitude de vous servir des objets appartenant à votre partenaire (mouchoirs, parfums etc..)

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Les dessous féminins (caleçons, soutien-gorge) vous excitent-ils tous seuls ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Que préférez-vous admirer le plus sur le corps d'une femme ?

Pourquoi _____

1.4.2.8.

SADISME. MASOCHISME :

(Satisfaction sexuelle tirée du mal ou de l'humiliation infligés au partenaire).

Avez-vous l'habitude de griffer, de mordre ou de gifler votre partenaire pendant les rapports sexuels ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

MASOCHISME :

(Satisfaction sexuelle tirée du mal ou de l'humiliation infligés par le partenaire).

Cela vous excite-t-il qu'on vous griffe, morde, ou gifle pendant les rapports sexuels ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.9.

PEDOPHILIE :

(Plaisir tiré d'un contact sexuel avec un enfant ou toute personne de l'un ou l'autre sexe, sexuellement immature).

Avez-vous entretenu des rapports sexuels avec une personne de très bas âge ?

Non _____

Oui _____

Quel âge avait-elle ? _____

Pourquoi _____

1.4.2.10

BESTIALITE (ZOPHILIE).

(Plaisir sexuel obtenu avec des animaux, souvent domestiques).

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Avez-vous déjà copulé avec un animal ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.11

FROTTAGE :

(plaisir sexuel obtenu en se frottant ou en se pressant contre une personne dans une foule ou une bousculade).
Vous arrive-t-il de vous frotter ou de vous presser volontairement contre une femme ou un homme dans une bousculade ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Ce genre de pratique, vous procure-t-il plus de plaisir qu'un coït normal ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.12

INCESTE :

(Rapport sexuel entre les membres d'une même famille).

Avez-vous déjà entendu parler d'une histoire de rapport sexuels entre les membres d'une même famille ?

Non _____

Oui _____

Quel était le degré de parenté (exemple père et fille). _____

Vous est-il arrivé vous-même d'entretenir des rapports sexuels incestueux (avec un membre de votre famille) ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.13

VICL :

(Rapport sexuel entre un homme et une femme non consentante et qui n'est pas sa femme obtenu par usage de force physique ou morale).

Question réservée à la femme :

Vous est-il arrivé d'entretenir des rapports sexuels avec un homme contre votre volonté ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Quels moyens avait-on utilisés ?

° Menace _____

° Chantage _____

° Violence _____

1.4.2.14

PORNOGRAPHIE :

(Ecrits, images dont la diffusion a pour but d'ex citer le lecteur ou l'admirateur).

Avez-vous déjà lu ou vu un livre, une revue ou un film pornographique (où l'on montre ou on décrit des organes génitaux ou des scènes de rapports sexuels) ?

Non _____

Oui _____

Préférez-vous cette pratique aux rapports sexuels habituels ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

1.4.2.15.

PROSTITUTION :

Question à l'homme :

Vous est-il arrivé d'entretenir des rapports sexuels avec une prostituée ?

Non _____

Oui _____

Pourquoi _____

Question à la femme :

Vous est-il arrivé d'accepter d'entretenir des rapports sexuel avec un homme pour des buts matériels (argent, emploi) ?

Non _____

Oui _____

Autres buts : _____

1.5

CINQUIEME PARTIE : EXAMEN CLINIQUE :

1.5.1.

ANTECEDENTS

° Antécédents Médicaux : (maladies eues ou actuelles, hospitalisation) _____

° Antécédents chirurgicaux : (accidents, traumatisme, interventions chirurgicales) : _____

° Antécédents gynéco obstétricaux (m^{én}str., grossesse, avortements, curetage). _____

° Antécédents toxicomaniques :

Alcool _____

Tabac _____

Autres : _____

1.5.2

EXAMEN PHYSIQUE :

° Aspect général :

° Constante neuro-végétatives (TA, Pouls, FR, T°)

° Examen topographique (tête et cou, thorax, abdomen, membres, organes génitaux et anus).

° Examen neuro logique

1.6. SIXIEME PARTIE : EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES ET RESULTATS

1.7. SEPTIEME PARTIE : RESUME DE L'OBSERVATION

2. LISTE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A VISEE ETIOLOGIQUE DEVANT UN TROUBLE SEXUEL

1.2 CAUSES EN DOCRINIENNES :

2.1.1 Hypo/Hyper thyroïdies :

- TSH après stimulation au TRH
- T4 (Thyroxine)
- PBI
- Fixation de l'iode radioactif par la thyroïde (iode 131 ou iode 132).
- ° Cholestérol
- ° Reflexogramme achilléen
- ° Scintigraphie thyroïdienne

2.1.2. Hypercorticisimes :

- ° Dosage des 17 hydroxycorticoïdes
- ° Dosage des 17 cétostéroïdes urinaires
- ° Test de stimulation à l'ACTH (Synacthène)
- ° Test de freination par les corticoïdes (dexaméthazone)

2.1.3. Insuffisance surrénalienne :

- ° Signes hormonaux :
 - Dosages des 17 et 21 hydroxycorticoïdes
- ° Signes métaboliques indirects :
 - Carence en glucocorticoïdes :
 - ° Glycémie : hypoglycémie
 - ° Hyperglycémie provoquée : courbe plate.

- Carence en minéraux-corticoides :

- ° Matrémie : diminuée
- ° Kaliémie : augmentée.

2.1.4. Panhypopituitarisme :

- ° Dosages hormonaux :
 - FSH
 - Test de TULL (test de stimulation à l'ACTH) : 17 cétostéroïdes bas.
- ° Signes métaboliques indirects :
 - Phosphorémie
 - Hyperglycémie provoquée
 - Cholestérol : augmenté.

2.1.5. Hypogonadisme, Impubèrisme :

- ° Frottis buccal : détermination du chromosome sexuel
- ° Spermogramme : azoospermie.

2.2. CAUSES NEUROLOGIQUES :

2.2.1. Neurosyphilis (Tabès) :

- ° B.W. dans le sang et le LCR
- ° LCR : cytbactériologie et chimie.

2.2.2. Tumeurs de la moelle et du cerveau :

- Tumeurs du cerveau :
- Radié du crâne simple : calcifications, érosions ou épaississement de la voûte.
- Radié du Thorax : recherche de métastases pulmonaires.
- Electroencéphalogrammes : ondes lentes
- Explorations isotopiques au technitium : localisation de méningiomes.
- ° Artériographie
- ° Pneumoencéphalographie

2.2.3. Sclérose multiple :

- LCR : cytbactériologie
- Protidémie
- Electrophorèse des protéines : augmentation de la fraction des gamma-globulines.

2.3. CAUSES GENITO-URINAIRES :

2.3.1. Chez la femme :

- Prélèvement cervico-vaginaux : examen à l'état frais, coloration au gram, au bleu de méthylène.
- Cancers génitaux de la femme :
- ° Biopsie du vagin, du col, de l'utérus
- ° Frottis vaginaux (Papanicolaou)

2.3.2. Chez l'homme :

- Prostatites aiguës ou chroniques

- ° Spermeogramme
- ° Sperme culture
- Uréthrites Chroniques :
 - ° Prélèvements uréthraux
 - ° Uroculture.
- Cancers génitaux de l'homme :
 - ° Phosphatases acides
 - ° P. nction-biopsie de la prostate.

2.3.J. Dans les deux sexes : Tuberculose génitale

- ° Recherche de BK dans les urines (coloration au Ziehl - Nelsen)
- ° Culture sur milieu de Lowenstein
- ° Radio du Thorax
- ° IDR

2.4. CAUSES TRAUMATIQUES :

2.4.1. Traumatismes du rachis :

- ° Radio du rachis

2.4.2. Traumatisme du bassin :

- ° Radio du bassin
- ° Uréthrographie rétrograde

2.5. CAUSES CARDIO-VASCULAIRES

2.5.1. INSUFFISANCE Cardiaque :

- ° Radio du cœur
- ° ECG

2.5.2. Hypertension artérielle

- ° ECC : Hypertrophie de l'oreillette gauche
- ° Radio du cœur : cardiomégalie
- ° Urée, créatinine : fonction rénale
- ° Electrolytes plasmatiques : hyp. Kaliémie

2.5.3. Ischémies diverses :

- ° artériographie sélective
- ° Cholestérol

2.6. CAUSES MÉTABOLIQUES :

2.6.1. anémie :

- ° Hémogramme
- ° Hématocrite
- ° V.S.
- ° Electrophorèse de l'hémoglobine

2.6.2. Diabète :

- ° Glycémie
- ° Hyperglycémie provoquée
- ° Glucosurie
- ° F.G.

- 2.5.3. Malnutrition :
 - ° Albumine plasmatique
 - ° Ionogramme
 - ° Potassium
 - ° Magnésium
 - ° Protéines sériques

2.7. CAUSES ANATOMIQUES, MALFORMATIVES

- 2.7.1. Hypospadias, Cryptorchidie :
 - ° Spermogramme
 - ° Biopsie testiculaire.

- 2.7.2. Ambiguïté sexuelle :
 - ° Etude du caryotype (frottis buccal)
 - ° Uréthroscope
 - ° Biopsie testiculaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessous de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes.

Si je le viole et que je me jure, puisse-je avoir un sort contraire.