



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire
D'Etudes de la Sexualité Humaine

Par Justine Raymond

**« INCONTINENCE ANALE,
CORPOREITE ET SEXUALITE »**

Année de présentation : 2018

Responsable universitaire : Pr C. Lançon

Directeur de mémoire : Mme le Dr Marie-Hélène Colson

A mes enfants, Loris et Léon, en devenir d'Homme au sens d'Etre humain

A mes parents pour m'avoir guidé sur le chemin de la vie parsemé d'exemples et de contre exemples, vous m'avez donné du plomb et des ailes, et j'accepte les deux

A mon père, qui par son dialogue d'égalité m'a rendu libre et a contribué à faire de moi la femme que je suis aujourd'hui, on devient femme par le père, merci de m'avoir offert « le conflit, la femme et la mère » d'Elisabeth Badinter

A ma mère, pour son altruisme

A ma marraine, qui a été, à certains moments de ma vie, un modèle de femme

A Christophe, qui m'a guidé sur le chemin de la confiance en l'Homme

A mes proches, ils se reconnaîtront, ils ne sont pas nombreux mais ils sont précieux

Et parce que parfois je me sens seule avec mes femmes à corps, avec mon corps, je dédie ce mémoire à toutes les femmes

A mes 11 patientes, qui m'ont témoigné de leur confiance, et sans qui ce mémoire n'existerait pas

A toutes les femmes au « complexe de marie », toutes ensemble, et d'autres encore, qui forment le kaléidoscope de la féminité contemporaine

A toutes les femmes oxymoriques

Marie, la vierge, la mère pure et idéale

Marie-madeleine, la maitresse désirable et séductrice

Marie Poppins, la gardienne et l'organisatrice du foyer

Marie Curie, la cérébrale restée dans l'ombre de son mari

A toutes les femmes qui ne savent pas leur histoire car elles sont vulnérables et que l'histoire prend parfois en otage le corps des femmes

Femmes oubliées, rejetées, humiliées, hésitantes, sacrifiées, mais aussi la guerrière, la dominatrice, la libérée, la solitaire, l'amoureuse, la charnelle... Femmes enfermées et silencieuses

Merci à tous mes professeurs, pour leur partage et leur transmission du savoir être et du savoir-faire, qui me guident sur la voie de la sexologie, ma directrice de mémoire, Mme le Dr Marie-Hélène Colson et Mme Aurélie Maquigneau

Et, Merci à toi Fabienne, pour ta bienveillance qui vient illuminer toutes nos journées de formation

« Madame, quel est votre mot
Et sur le mot et sur la chose ?
On vous a dit souvent le mot,
On vous a souvent fait la chose.
Ainsi, de la chose et du mot
Pouvez-vous dire quelque chose.
Et je gagerai que le mot
Vous plaît beaucoup moins que la chose !
Pour moi, voici quel est mon mot
Et sur le mot et sur la chose.
J'avouerai que j'aime le mot,
J'avouerai que j'aime la chose.
Mais, c'est la chose avec le mot
Et c'est le mot avec la chose ;
Autrement, la chose et le mot
À mes yeux seraient peu de chose.
Je crois même, en faveur du mot,
Pouvoir ajouter quelque chose,
Une chose qui donne au mot
Tout l'avantage sur la chose :
C'est qu'on peut dire encore le mot
Alors qu'on ne peut plus la chose...
Et, si peu que vaille le mot,
Enfin, c'est toujours quelque chose !
De là, je conclus que le mot
Doit être mis avant la chose,
Que l'on doit n'ajouter au mot
Qu'autant que l'on peut quelque chose
Et que, pour le temps où le mot
Viendra seul, hélas, sans la chose,
Il faut se réserver le mot
Pour se consoler de la chose !
Pour vous, je crois qu'avec le mot
Vous voyez toujours autre chose :
Vous dites si gaiement le mot,
Vous méritez si bien la chose,
Que, pour vous, la chose et le mot
Doivent être la même chose...
Et, vous n'avez pas dit le mot,
Qu'on est déjà prêt à la chose.
Mais, quand je vous dis que le mot
Vaut pour moi bien plus que la chose
Vous devez me croire, à ce mot,
Bien peu connaisseur en la chose !
Eh bien, voici mon dernier mot
Et sur le mot et sur la chose :
Madame, passez-moi le mot...
Et je vous passerai la chose ! »

Abbé de Latteignant 1697-1779





Justine Raymond

justinekine@hotmail.com

RESUME

Objectifs du mémoire : mesurer l'impact de l'incontinence anale sur le vécu corporel et la santé sexuelle, mettre en exergue les difficultés d'expression liées au tabou de l'incontinence anale et de l'anus, identifier les facteurs de résilience et les facteurs d'inhibition dans les adaptations corporelles, somatiques, mentales et psychologiques de la santé sexuelle chez les patientes souffrant d'incontinence anale

Méthodologie: 11 patientes présentant une incontinence anale ont été interrogées avec 6 questionnaires (score de Jorge et Wexner, auto-questionnaire, corporéité, HAD, BISF-W, entretien semi qualitatif)

Discussion: l'image du corps, la corporéité, étant atteinte, la conséquence sur l'estime de soi et le désir, peut être de manière positive ou négative suivant les patientes, 3 groupes ont été mis en évidence, analyse de la littérature

Résultats: caractéristiques psychologiques et somatiques des patientes, prise en compte du partenaire et du couple, réappropriation du corps, réappropriation de l'érotisation, de l'estime de soi, du désir et de leur santé sexuelle, résultats corrélés à la littérature

MOTS CLES

Anal incontinence, body image, body language, corporeality, self-image, self-esteem, Depression, anxiety, sexuality, quality of life, desire

Incontinence anale, image du corps, langage du corps, corporéité, image de soi, estime de soi, Dépression, anxiété, sexualité, qualité de vie, désir

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	12
<u>RAPPELS PHYSIO-PATHOLOGIQUES</u>	16
<u>I. INCONTINENCE ANALE</u>	16
A-PERINEE POSTERIEUR - ANATOMOPHYSIOLOGIE	16
B-DEFINITION DE L'INCONTINENCE ANALE	20
C-PREVALENCE	21
D-CAUSES	22
E-DANS LE CONTEXTE DU POST-PARTUM	24
F-INVESTIGATIONS ET RECOMMANDATIONS CLINIQUES	26
<u>II. PHYSIOLOGIE DE LA REPOSE SEXUELLE FEMININE ET ROLE DU PERINEE</u>	28
A-PHASE DE DESIR	30
B-PHYSIOLOGIE DE L'EXCITATION	31
C-PHASE DE PLATEAU	32
D-L'ORGASME	32
E-LA RESOLUTION	32
<u>III. LIENS ENTRE ANATOMIE ET SEXUALITE</u>	33
<u>IV. CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES DES PATIENTES SOUFFRANT D'INCONTINENCE ANALE</u>	34
A-FACTEURS PREDISPOSANTS DE VULNERABILITES	34
B-TABOU ET LA LOI DU SILENCE	36
C-RAPPORT AU CORPS, CORPOREITE, LANGAGE DU CORPS	41
D-SYMBOLIQUE DE L'ANUS DANS LA SEXUALITE	45
E-IMAGE DE SOI, ESTIME DE SOI ET SEXUALITE	49
<u>PARTIE ETUDE DU PROJET</u>	50
<u>I. METHODOLOGIE</u>	50
A-OBJECTIFS ET METHODES	50
B-POPULATION	51
C-SCHEMA EXPERIMENTAL	53

II. RESULTATS 57

A-DONNEES RECUEILLIES-RESULTATS-MOTIFS DE REFUS	57
B-FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	59
C-DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	61
D-SCORE JORGE ET WEXNER	62
E-ECHELLE ANXIETE DEPRESSION HAD	62
F-VECU SUR LE CORPS	63
G-VECU SUR LA SEXUALITE – ANALYSE DU BISF-W	66
H-ANALYSE DE L'ENTRETIEN SEMI-QUALITATIF	68
I-TABOU	73
J-IMPACT RELATIONNEL	74
K-LIAISONS ENTRE LES DIFFERENTS QUESTIONNAIRES	75
L-LES VULNERABILITES PRIMAIRES – LES VULNERABILITES CONSTITUTIONNELLES, AFFECTIVES ET PSYCHOLOGIQUES	79
M-LES VULNERABILITES SECONDAIRES-LES STRESSEURS ET LES DYSFONCTIONS DE COMMUNICATION	79
N-CERCLE VICIEUX ET VERTUEUX DE LA CONFIANCE	80

DISCUSSION 81

CONCLUSION 92

BIBLIOGRAPHIE 99

ANNEXES 113



La cathédrale - Rodin - 1908



Le secret - Rodin - 1910

Paul Morand « le plus beau voyage d'ici-bas, c'est celui que l'on fait l'un vers l'autre »

Emmanuel Dongala « l'érotisme c'est quand l'imagination fait l'amour avec le corps »

« La voix, la voie, voilà »

« La grandeur d'un métier est peut être avant tout d'unir des hommes. Il n'est qu'un seul luxe véritable et c'est celui des relations humaines »

Terre des hommes. Antoine de St Exupéry.

INTRODUCTION

La prévalence de l'incontinence urinaire, bien qu'elle soit compliquée à évaluer du fait d'une définition standardisée difficile à donner, est entre, suivant les études, 4 et 8% (Milson, 2014). Une revue de littérature, qui regroupe une cinquantaine d'études, parle d'une prévalence dans la population européenne entre 1.8% et 30.5%, dans la population américaine entre 1.7% et 36.4%, et, dans la population asiatique entre 1.5% et 15.2% (Serati, 2016).

L'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie et la santé sexuelle des femmes est connu et systématiquement recherché depuis des décennies (Sultana, 2015). En effet, les impacts négatifs de l'incontinence urinaire sur les relations sexuelles affectent environ 25% des femmes et 31% des hommes (Temml, 2000), une autre étude parlent de 22% de femmes qui ont peur d'avoir une incontinence urinaire lors du rapport sexuel avec une augmentation de la honte et de la gêne et une diminution de la fréquence coïtale (Ratner, 2011).

L'incontinence anale est, contrairement à l'incontinence urinaire, encore toujours taboue et insuffisamment prise en charge alors qu'elle a été identifiée depuis plus de 20 ans (Sultan, 1993). L'incontinence anale toucherait 10% des plus de 40 ans, soit 1 million de personnes. Et 5% de la population active (Macmillan, 2004). Pour autant, la demande de soins et de prise en charge médicale restent perfectible : 67.4% des personnes souffrant d'incontinence anale n'avaient jamais consulté de prime abord pour ce motif (Siproudhis, 2016).

Malgré une demande de soins encore limitée en France, l'incontinence anale est un symptôme fréquent et un vrai problème de santé publique préoccupant parce qu'elle induit un handicap social et familial important avec une diminution de la qualité de vie, des couts directs et indirects important à long terme (Mellgren, 1999) (Rockwood, 2000).

Pour autant, les filières d'accès aux soins sont mal définies et les offres de traitement font l'objet d'une évaluation insuffisante (Siproudhis, 2006). La physiopathologie de cette pathologie peu connue est complexe à comprendre avec des causalités multiples rendant le symptôme difficile à traiter. La fréquence de l'incontinence anale est sous-estimée. Peu de personnes osent en parler (Johanson, 1996).

L'incontinence anale est un « problème caché », silencieux, c'est **une souffrance muette** (Bouin M., 2008). En témoignent le peu d'études validées scientifiquement sur ce sujet.

On rentre dans un domaine où les manifestations psychologiques et somatiques vont apparaître au fur et à mesure de l'évolution de l'incontinence anale. Elles sont plus ou moins importantes selon nos personnalités et « l'image subjective » que chacun se fait de son handicap. Le choc causé par la perte de commande de ses fonctions défécatoires va remettre en cause le système « intellect, affect et somatique ». Ce système étant perturbé, on peut imaginer que c'est l'estime de soi remis en cause qui va affecter le désir. Une étude montre que cela conduit les patients vers l'isolement, une perte d'estime de soi, une perte de confiance en soi et la dépression (Kalra, 2016). Nous allons partir de l'hypothèse que le langage du corps et l'image du corps, la corporéité, peut être le reflet de l'estime de soi, qui a un impact sur le désir et donc, la santé sexuelle de nos patients. Mais est-ce le corps qui domine la pensée ou la pensée qui domine le corps ou les deux ?

A nous professionnels de santé de déchiffrer les maux pour les mots, de transmuter les maux en mots, au service de nos patients.

Et c'est bien parce que personne n'ose en parler, que notre motivation professionnelle d'aller ouvrir la boîte de pandore, pour aller chercher ce qui est caché, est aussi intacte.

Nous nous sommes interrogés au cours de notre pratique professionnelle, si récente soit elle, sur les facteurs de résilience et/ou d'inhibition des patientes, leurs difficultés d'en parler. A défaut anatomique égal, pourquoi certaines présentent une meilleure qualité de vie et une santé sexuelle plus satisfaisante que d'autres ? Et pourquoi certaines patientes avec des déchirures plus importantes et des conséquences plus graves sur leur qualité de vie, arrivaient mieux que d'autres à trouver des solutions d'adaptation. Qu'ont-elles de plus ou de moins que les autres qui leur permet de réussir et de s'adapter au changement et à la situation ? Et certaines de rester dans un schéma de chronicisation de l'échec avec des difficultés à faire face à l'incontinence anale et à mettre en place des stratégies de coping ? Ce qui aura un impact non négligeable sur le désir, la santé sexuelle et la qualité de vie.

Quelles sont les stratégies de coping ? Quelles sont les forces orientées solutions à mobiliser face à ce handicap d'incontinence anale ?

De notre expérience de périnéologue où le soin du corps pourtant prédomine, nous avons mesuré à quel point nous devons nous interroger sur les vulnérabilités et les forces de chacune de nos patientes. Ceci afin de pouvoir ainsi les accompagner au mieux dans leur prise en charge, aussi bien sur le plan organique avec un travail de réappropriation du corps que sur le plan psycho-sexologique avec un travail de réappropriation de l'érotisation et de leur santé sexuelle.

Nous partons de l'hypothèse que leurs vulnérabilités et leurs forces peuvent se trouver en partie dans le rapport qu'elles entretiennent avec leur corps.

Et qui dit rapport au corps dit rapport au sexe. D'où notre réflexion sur l'utilité d'interroger les patientes à la fois sur leur corporéité et leur sexualité ; que ce soit le corps ou la sexualité, les deux étant conditionnés par un modèle bio-psycho-social.

Nous avons fait le choix d'une discipline telle que la santé sexuelle car c'est bien la seule discipline par excellence qui occupe un territoire transversal et complexe pour une prise en charge pluri-disciplinaire au service du patient et de son bien être psycho-somato-sexuel.

Nous avons donc cherché à travers cette étude :

- à mesurer l'impact de l'incontinence anale sur :
 - le vécu du corps pour mieux appréhender et faire face au handicap
 - la santé sexuelle, en essayant de dégager les symptômes et dysfonctions sexuelles présentes
- à identifier les facteurs favorisant et résilients pour accepter et dépasser le handicap, pour être dans le mieux être corporel, sexuel et psychique, dans le savoir être et non pas dans le savoir-faire.
- à mettre en exergue la demande des patientes et à identifier les interlocuteurs requis pour permettre à terme de développer la prise en compte de la qualité de vie sexuelle dans la prise en charge globale de l'incontinence anale. Ceci dans le but de lever les tabous et le silence afin d'autoriser les patientes à en parler et légitimer ainsi la demande de soins.

Nous ferons, dans un premier temps, un rappel physio-pathologique de l'incontinence anale et de la réponse sexuelle féminine, des liens entre périnée et sexualité, puis nous essaierons d'identifier les caractéristiques psychologiques et somatiques des patientes souffrant d'incontinence anale. Enfin, nous parlerons de la symbolique de l'anus dans la société et dans la sexualité, mettant en exergue les possibles difficultés à briser la loi du silence qui entoure le handicap de l'incontinence anale.

Dans un deuxième temps, nous expliquerons notre étude et sa méthodologie. Pour cela, nous définirons aussi bien les facteurs organiques (questionnaire mesurant le score Jorge et Wexner de l'incontinence anale) que les facteurs psycho-somato-sexologiques (cinq questionnaires proposés, auto questionnaire, questionnaire sur la corporéité, questionnaire validé sur l'anxiété et la dépression, questionnaire validé sur l'évaluation de la santé sexuelle avec le BISF-W et un entretien semi-qualitatif). Et enfin, nous tacherons de vous présenter les liens et les résultats qui peuvent se détacher au regard de l'analyse de ces questionnaires et entretiens de nos patientes.

Dans un troisième temps, nous discuterons de nos résultats avec ce que l'on peut trouver dans la bibliographie actuelle concernant l'incontinence anale, le vécu corporel et le vécu sexuel.

RAPPELS PHYSIO-PATHOLOGIQUES

I. INCONTINENCE ANALE

A-PERINEE POSTERIEUR - ANATOMOPHYSIOLOGIE

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferme l'excavation pelvienne dans sa partie basse, au-dessous du diaphragme pelvien. Ses limites sont constituées par un cadre ostéo fibreux losangique avec, en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, et en arrière le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux parties : le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou périnée anal.

Nous nous intéressons uniquement au périnée anal. Celui-ci, semblable chez l'homme et la femme est orienté en bas et en arrière (Riteau, 2003), (Kamina, 2008), (Arigon, 2002), (Merger, 2003), (Boucier, 2010).

Le terme « anus » englobe plusieurs structures : des revêtements ou parois et des muscles ou sphincters. Chaque structure anatomique s'intègre au plancher pelvien sus jacent. Hormis les rapports anatomiques antérieurs qui diffèrent notablement selon le sexe, l'anatomie de l'anus ne diffère pas chez l'homme et chez la femme (Golicher, 1984).

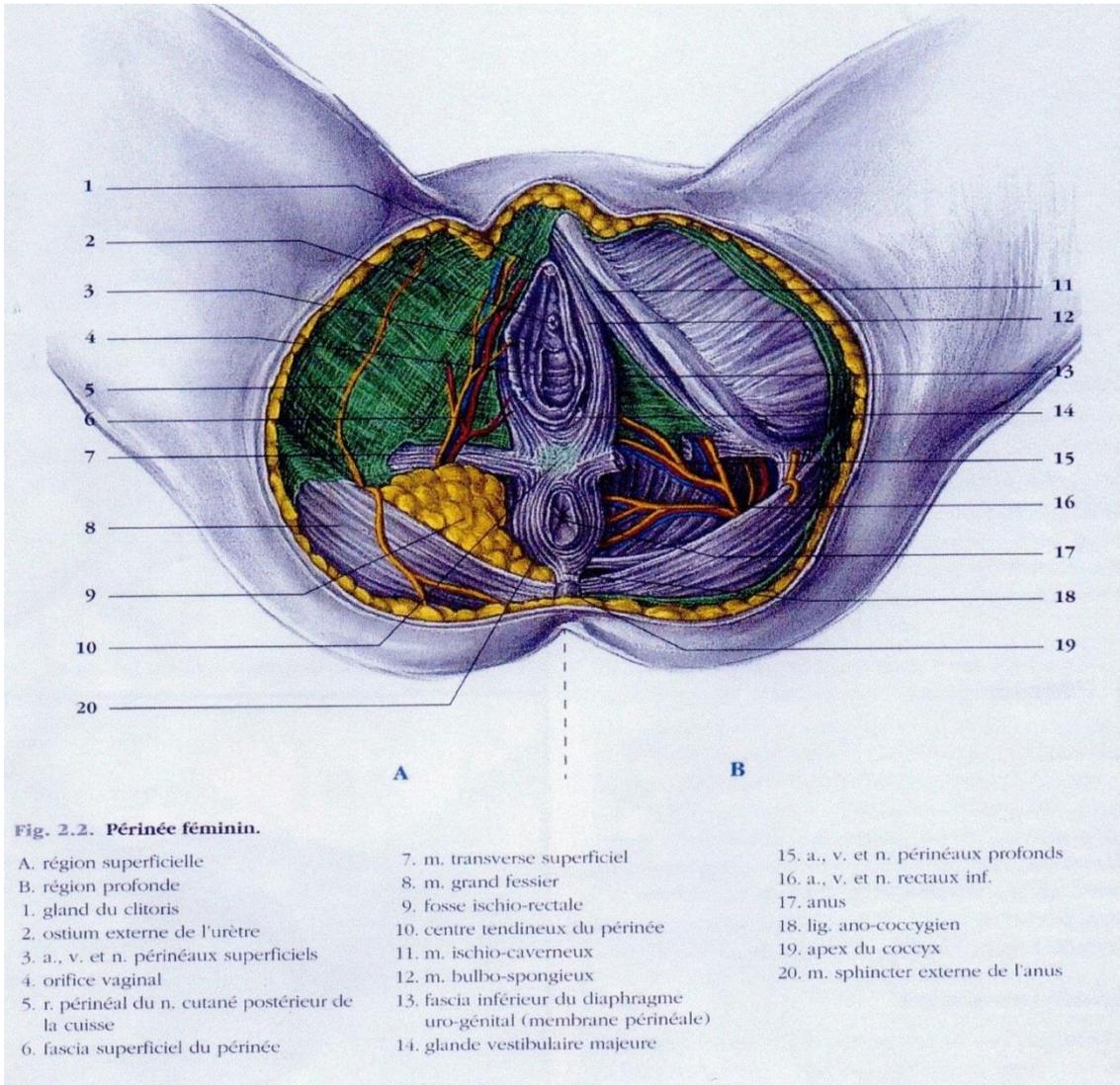


Schéma tiré de l'encyclopédie Médico-chirurgicale. Arigon JP, Henri L, Damon H, Valette PJ. Radioanatomie proctologique. 2002; 9 : 14-15.

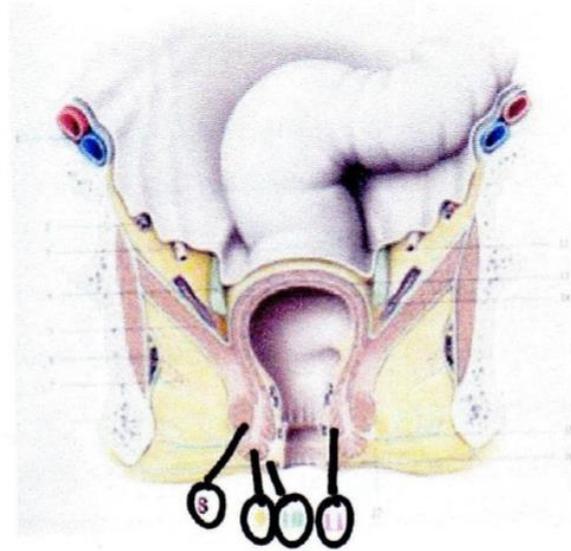
Espaces pelviens et périnéaux
postérieurs (coupe frontale du petit bassin
féminin)

8- Muscle sphincter externe de l'anus
(partie profonde)

9- Muscle sphincter externe de l'anus
(partie superficielle)

10- Muscle sphincter externe de l'anus
(partie sous cutanée)

11- Muscle sphincter interne de l'anus



Plan superficiel avec le sphincter externe et interne de l'anus et à la limite avec le périnée
antérieur se trouvent les muscles transverses

(Schéma tiré de l'encyclopédie Médico-chirurgicale. Arigon JP, Henri L, Damon H, Valette PJ.
Radioanatomie proctologique. 2002; 9 : 14-15.)

le plan profond

- 1-Urètre
- 2-Vagin
- 3-Releveur de l'anus (portion élévatrice interne)
- 4-Obturateur interne
- 5- Rectum
- 6- Releveur de l'anus : m ilio-coccygien (portion sphinctérienne externe)
- 7-Raphé ano-coccygien
- 8-Coccyx
- 9- releveur de l'anus : m. ischio-coccygien
- 10-m. pyramidal
- 11-Os iliaque
- 12-Sacrum
- 13-Canal sacré
- 14- Noyau fibreux du périnée

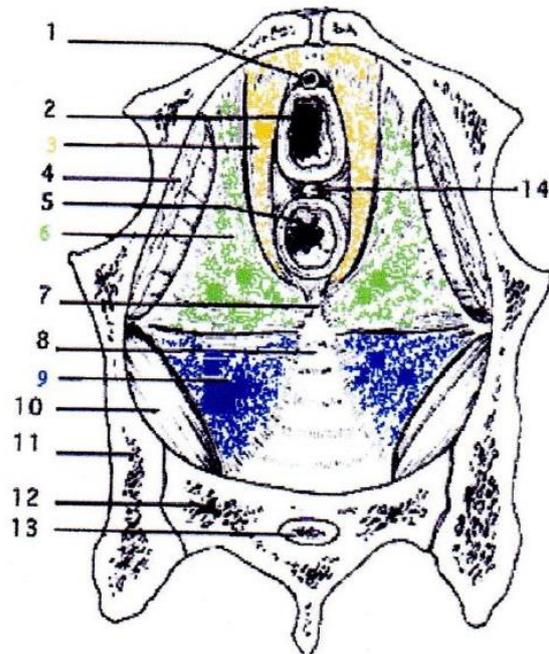


Schéma tiré de l'encyclopédie Médico-chirurgicale. Arigon JP, Henri L, Damon H, Valette PJ. Radioanatomie proctologique. 2002; 9 : 14-15.

Le contrôle des fonctions de l'appareil recto-anal est complexe à la fois involontaire et soumis aux contraintes sociales. Le verbe « contenir » a deux sens : tenir en soi et se contenir. La défécation nécessite une parfaite coordination entre physiologie et contrainte sociale.

La continence anale est un phénomène complexe, en partie inconscient et dépend de plusieurs facteurs, (Bensalem, 2013), (Tonneau, 2005) :

- ➔ du système résistif sensitif actif avec la compétence des sphincters externe et interne et passif avec l'angulation ano rectale,
- ➔ du système capacitif sensitif rectal compliant avec la fonction de réservoir des matières du rectum,

- ➔ du système propulsif rectal reflexe physiologique (musculature lisse du rectum) et abdomino-diaphragmatique volontaire,
- ➔ de la perception du besoin exonérateur et enfin,
- ➔ de la consistance et du volume des selles

La continence anale est assurée par différents organes : le colon, le rectum et le sphincter anal. Elle est réalisée principalement par la contraction permanente, involontaire du sphincter interne de l'anus (fibres lisses assurant 80% de la continence) que vient relayer la contraction du sphincter externe de l'anus (fibres striées assurant 20% de la continence) lors de l'envie (Lehur, 1997).

Le sphincter interne est toujours en activité. A ce niveau, il y a des capteurs sensitifs permettant donc à la personne de laisser échapper volontairement ses matières par ouverture du sphincter externe lorsque la situation sociale le permet (Faucheron, 2008).

Par contre, lors des urgences, ce même sphincter externe peut se contracter volontairement permettant ainsi de surseoir à l'exonération.

L'incontinence anale est donc en partie un dérèglement de ces deux muscles de la continence, le sphincter anal interne et le sphincter anal externe.

B-DEFINITION DE L'INCONTINENCE ANALE

L'incontinence anale est définie par l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus jusqu'à la possibilité de le faire et/ou quand cela est socialement possible. Il s'agit donc d'une perte involontaire de gaz et/ou de selles solides et/ou liquides (Lehur, 1997). Cela peut arriver épisodiquement par de « petits accidents » ou continuellement.

Schématiquement, on distingue les incontinenances associées à des causes périnéales et celles qui surviennent sur un périnée normal et avec des lésions neurologiques.

« Il n'y a guère de maladie plus fréquente que les descentes et que les chutes de matrices....d'autres fois, le boyau rectum tombe en dehors...on ajoute aux efforts extraordinaires, pour cause de ces maux, la faiblesse ou la paralysie des muscles releveurs de l'anus » (1740, Dionis M., chirurgien du roi de France Louis XV).

Nous présentons les facteurs qui peuvent favoriser l'incontinence anale, (Bharucha, 2015) :

- ➔ le sexe, les femmes sont plus fréquemment atteintes car certaines déchirures du périnée lors de l'accouchement peuvent léser les sphincters de l'anus, 75% des femmes atteintes pour 25% d'hommes.
- ➔ l'âge, la fréquence de l'incontinence anale augmente avec l'âge du fait de la perte progressive de la musculature lisse. Entre 1.5% et 6% de 18 à 79 ans et au-delà de 80 ans, on passe à 20.5%.
- ➔ la constipation et les efforts chroniques de poussées défécatoires
- ➔ le handicap moteur (28% des maladies neurologiques et 82% des grabataires) et psychique (75% des déments séniles)

C-PREVALENCE

L'incontinence anale toucherait 10% des plus de 40 ans, soit 1 million de personnes. Et 5% de la population active. Plusieurs études parlent d'une prévalence entre 2 et 20% de la population générale. Cette prévalence augmente avec l'âge : +11% chez l'homme après 50 ans et +26% chez la femme après 50 ans (Macmillan, 2004). Une autre étude parle de troubles fonctionnels ano-rectaux chez 1 personne sur 4, et les troubles de la continence anale sont rapportés chez 16.8% (Siproudis L., 2006).

L'incontinence anale touche 9% des hommes et 13% de la population des femmes primipares (Thacker, 1993) (Hall, 2003).

L'incontinence anale est une complication redoutée pouvant survenir au décours de l'accouchement. Elle touche entre 10 à 15% des patientes en post-partum (Sultan, 1994).

Il s'agit de jeunes femmes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ces troubles. Une étude canadienne parle d'une prévalence de 20,6% de femmes incontinentes anales et qui présentent une baisse de leur qualité de vie (Hatem, 2005).

Le contexte est en pratique difficile car il s'agit souvent de femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ces troubles fonctionnels. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Il s'agit de handicap et non de maladies car on ne meurt pas d'incontinence anale.

Le premier accouchement est le plus traumatique pour le périnée. Une étude parle d'une incidence des lésions sphinctériennes du post-partum de 27% chez la primipare (Oberwalder M., 2003), (Bharucha, 2003). Une étude nigériane parle d'une prévalence en post partum de 12,2 % pour l'incontinence urinaire et de 13,5 % pour l'incontinence anale (Obioha, 2015).

Une étude montre que le sport intensif 8h/semaine aggrave le risque d'incontinence anale, chez une population de femmes de 18 à 40 ans, on passe à 14.8% (Vitton, 2011).

Les patientes que nous recevons, à notre cabinet, présentent souvent des troubles associés, incontinence urinaire d'effort, constipation, dyspareunies etc.... Ce qui n'est pas surprenant lorsqu'on considère la proximité anatomique et fonctionnelle des organes du petit bassin. Cette proximité amène aussi beaucoup de confusion dans le ressenti des femmes. Seules 25% des femmes souffrant d'incontinence anale avaient osé en parler avec un médecin (Faltin et al 1999). Et elles n'en parlent que si le personnel soignant leur pose la question (Abramowitz, 2003).

D-CAUSES

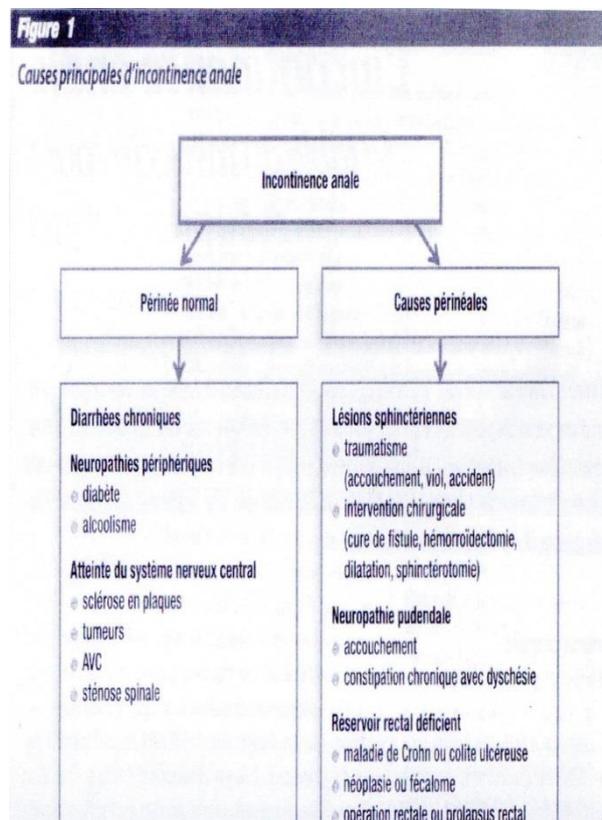


Schéma Dr Mickael Bouin, le médecin du Québec, volume 43, numéro 10, octobre 2008, l'incontinence anale, la fable du médecin sourd et du patient muet.

Il n'existe pas un seul type d'incontinence anale mais plusieurs. L'incontinence anale est à la fois singulière et diverse. 2% des incontinenances anales sont d'origine congénitale, 44% d'origine traumatique et 54% d'origine idiopathique, associée à un trouble de la statique pelvienne.

Il y a plusieurs types d'incontinence anale avec des causes multiples, comme décrit sur le schéma du dessus, (Bensalem, 2013), (Faucheron, 2008), (Lehur, 1997) :

- ➔ Incontinence passive, sans perception du besoin
- ➔ Incontinence active avec perception du besoin d'exonérer avant la fuite.
- ➔ Incontinence anale de cause neurologique. La musculature de l'anوس est sous dépendance du système nerveux somatique dit volontaire mais aussi du système neuro végétatif dit involontaire.
- ➔ Incontinence anale par regorgement ou fausse incontinence. Les patients, souvent âgés, ont des réflexes recto sphinctériens normaux mais une compliance rectale augmentée avec baisse sensibilité rectale donc formation de fécalomes par remplissage rectal non perçu, la personne a trop attendu pour aller aux toilettes.
- ➔ Incontinence anale par constipation chronique. En effet, lorsque le rectum se remplit, le besoin se fait sentir, mais si l'exonération ne peut avoir lieu, l'envie diminuera jusqu'à disparaître. A la longue, le rectum va se distendre et n'envoyer au cerveau la notion de besoin que pour des volumes de plus en plus importants. Les efforts de poussées seront de ce fait plus intenses, ce qui pourra entraîner au long cours, un étirement des nerfs, et donc, une incontinence.
- ➔ Incontinence anale idiopathique, la contraction anale volontaire est largement insuffisante avec une hypotonie anale, un syndrome de périnée descendant sur une constipation et un asynchronisme ano-rectal.
- ➔ Incontinence anale liée au stress. Comme la vessie, sous dépendance du système neuro-végétatif sympathique et para-sympathique, le rectum est un organe sensible au stress et à l'émotion. L'envie peut être immédiate et difficile à contrôler par la majoration du stress et des émotions.
- ➔ Incontinence anale à cause des séquelles de l'accouchement. Les conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement peuvent parfois être très handicapantes. Cette cause fera l'objet d'un paragraphe ultérieurement.

E-DANS LE CONTEXTE DU POST-PARTUM

La proximité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal est à l'origine des principales conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée postérieur. Si les altérations fonctionnelles et anatomiques secondaires à la délivrance vaginale sont bien connues en ce qui concerne le périnée antérieur, celles du périnée postérieur ne sont étudiées que depuis peu de temps (Solans, 2010).

En pratique clinique, nous pouvons retrouver cette insuffisance de prise en charge de l'incontinence anale. En effet, nous sommes surpris par les patientes qui viennent nous voir pour une prise en charge de rééducation anale alors qu'elles ont fait de la rééducation ailleurs, dans le cadre d'une rééducation post partum, mais une rééducation uniquement vaginale. Comment ne travailler que le périnée antérieur et pas postérieur. Comment peut-on isoler l'un de l'autre, comme si vous isoliez le coude de l'épaule ?

L'accouchement est indubitablement un moment très délicat pour l'ensemble des structures de la sphère périnéale (Bauer, 1998). Le propos de ce paragraphe n'est pas de décrire le mécanisme de l'accouchement et son impact sur la sphère périnéale mais d'évoquer les séquelles liées aux déchirures et aux épisiotomies et ce, plus particulièrement sur l'estime de soi et le vécu sexuel. Les conclusions des débats sont unanimes lorsqu'on pose la question de savoir comment prévenir au maximum les lésions du plancher pelvien. Les protocoles sont cesse en évolution. Il y a une vingtaine d'années les épisiotomies se pratiquaient de manière presque systématique, aujourd'hui de façon plus sélective (Fritel, 2010). Les patientes sont souvent inquiètes car elles ne savent pas ce qui s'est passé, n'osent pas demander et encore moins toucher leur périnée.

Les déchirures anales sont certainement celles qui effrayent le plus car génératrices d'angoisse quant à leur capacité ou non de retenir leur selle. Elles sont sous-diagnostiquées après l'accouchement par voie basse, seulement chez 5% d'entre elles (Hall, 2003) et chez 14.9% après enseignement des professionnels et seconde estimation, à distance de l'accouchement (Groom, 2002).

Les déchirures obstétricales vues immédiatement ne sont en général ni hémorragiques, ni douloureuses. L'exploration des plaies se fait en position gynécologique, en écartant les lèvres et sous bon éclairage. L'inspection permet d'apprécier les lésions en quatre degrés différents (Abed, 2006), (Fraser M, 2009), (Fernando, 2007) :

1) La déchirure incomplète du 1er degré correspond à des lésions cutanéomuqueuses isolées de la commissure et des lèvres. La déchirure du premier degré intéresse la muqueuse vaginale et la peau.

2) La déchirure du 2e degré intéresse le noyau fibreux central du périnée et le bulbo-spongieux. On voit à travers la plaie les fibres intactes des muscles transverses du périnée. Ces deux types de déchirures peuvent s'associer à des ruptures sphinctériennes à l'échographie.

3) La déchirure du 3e degré correspond aux déchirures complètes non compliquées. Une rupture sphinctérienne y est associée. Le sphincter externe se rompt en dehors de la ligne médiane. L'extrémité externe est souvent rétractée tandis que l'extrémité interne saille. Latéralement, la déchirure est profonde, laissant apparaître la graisse de la fosse ischio-rectale. Lorsqu'une épisiotomie a été pratiquée, elle part à 90° de celle-ci.

4) La déchirure du 4e degré correspond à des lésions du sphincter et de la muqueuse anale. La cloison recto-vaginale et la muqueuse anale sont rompues. La déchirure remonte sur le canal anal jusqu'à 2-3 cm de la marge. Elle remonte souvent plus haut sur le vagin et plonge latéralement dans la fosse ischio-rectale. Les extrémités du sphincter externe sont rétractées tandis que le sphincter interne reste adhérent à la sous-muqueuse rectale.

Les lésions du sphincter anal externe en antérieur sont plutôt de type traumatisme sexuel et viol. Celles du type sphincter anal externe et interne sont secondaires à la grossesse.

F-INVESTIGATIONS ET RECOMMANDATIONS CLINIQUES

L'incontinence anale régresse généralement dans les mois qui suivent l'accouchement. Cette amélioration symptomatique s'effectue soit spontanément soit aidée des dix séances de rééducation habituellement prescrite dans le postpartum. Pour cette raison, il est recommandé de n'explorer les patientes que si les symptômes persistent au-delà de 6 mois (Abramowitz, 2003).

Le traitement de référence de l'incontinence anale repose sur (Recommandations IA SNFCP – 2012), (Masson, 2000) :

- ➔ des mesures hygiéno-diététiques,
- ➔ des traitements médicamenteux régulateurs de transit,
- ➔ un traitement hormonal lors de la ménopause, pour lutter contre la déficience du muscle sphincter anal interne responsable de 80% de la continence anale,
- ➔ une rééducation périnéale, la rééducation périnéale par bio feed back améliore la fonction ano-rectale (Rao, 1996)
- ➔ une éventuelle chirurgie sphinctérienne,
- ➔ un programme de neuromodulation des racines sacrées,
- ➔ des irrigations coliques

Certains examens complémentaires sont parfois indispensables au diagnostic (« Conduite à tenir devant une incontinence anale masquée », les dossiers de l'obstétrique, février 2009):

- ➔ Le toucher rectal est le moyen le plus simple pour déceler la vacuité rectale et une rectocèle
- ➔ L'échographie endo-ale permet de mettre en évidence les ruptures sphinctériennes. la rupture sphinctérienne isolée ou associée à une neuropathie pudendale, cause la plus fréquente, est en général secondaire à un traumatisme obstétrical ou chirurgical (Sultan, 1994), (Nielsen, 1993).

Il y a un intérêt de la sonde échographique en post partum immédiat. Les études sonographiques de post partum du sphincter anal ont montré que les déchirures du sphincter anal sont encore plus fréquentes avec une prévalence véritable des déficiences du sphincter entre 35 et 41%, (Burnett, 1991), (Zetterström, 1999).

Les déchirures cliniquement non diagnostiquées sont associées à une incontinence anale ultérieure pouvant aller jusqu'à 50% des femmes touchées. D'où l'intérêt d'une prise en charge préventive et précoce.

- ➔ La manométrie ano-rectale permet de préciser le mécanisme des fonctions capacitives du rectum, l'efficacité des muscles, la synergie sphinctérienne réflexe et donc l'étiologie des incontinenances anales. Elle peut mettre en évidence des troubles de la sensibilité rectale où l'accumulation de selles dans le rectum peut entraîner l'incontinence anale.

- ➔ La défécographie est très utile pour mettre à jour des troubles de la statique pelvienne avec par exemple une rectocèle lors des efforts de poussées défécatoires.

II. PHYSIOLOGIE DE LA REPONSE SEXUELLE FEMININE ET ROLE DU PERINEE

Au cours des 40 dernières années, la norme clinique du fonctionnement sexuel s'est appuyée sur le modèle de la réponse sexuelle décrit en 1996 par W. Masters et V. Johnson.

Le modèle proposé est un modèle linéaire révisé par Kaplan. Il se caractérise par une progression linéaire depuis la première conscience du désir sexuel, vers une excitation avec vasocongestion et lubrification génitale, décharge orgasmique et résolution (Bourcier, 2010)

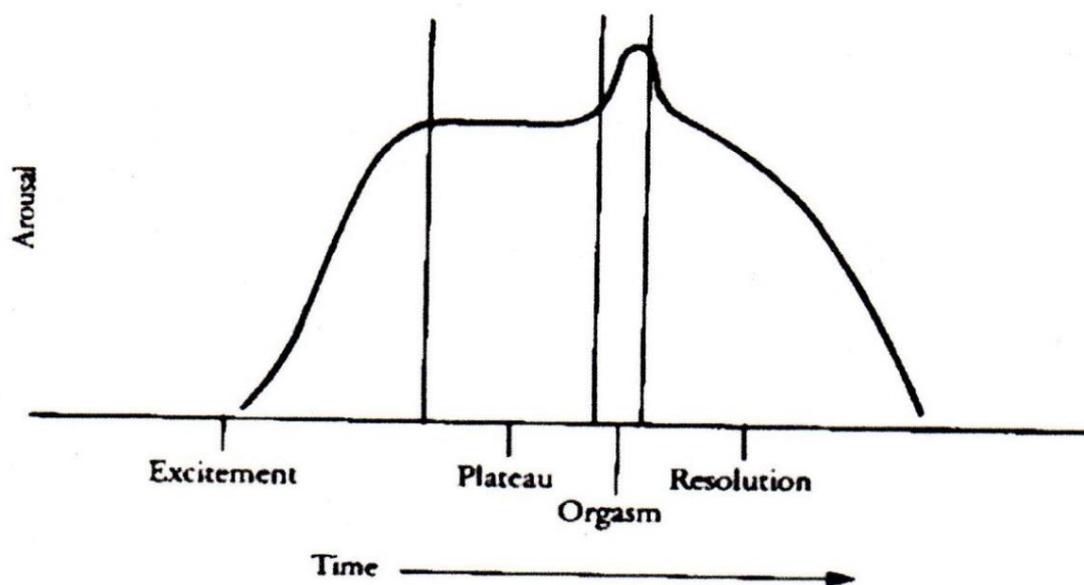
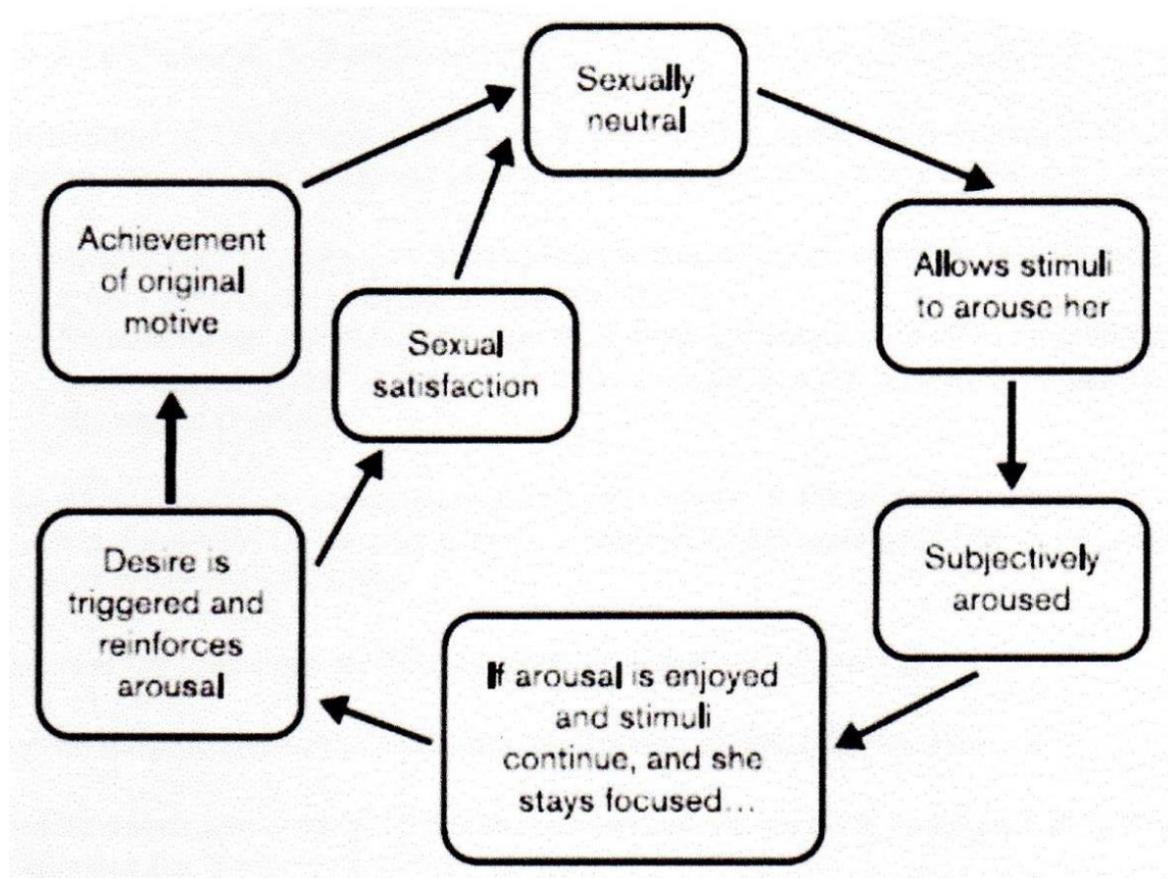


Figure 1.1 Masters & Johnson's Sexual Response Cycle
Derived from *Human Sexual Response*, 1966, p. 5.

Schéma (Cour, Droupy, 2013)

Plus récemment, Rosemary Basson a proposé un modèle alternatif à la compréhension du cycle de la réponse sexuelle, suggérant que ce cycle n'est pas linéaire chez la femme.



Pour elle, la femme peut démarrer une rencontre sexuelle, en partant d'une position de neutralité sexuelle, où le désir ne se manifeste en réponse qu'une fois que l'activité sexuelle a déclenché l'excitation physiologique.

Ainsi l'excitation peut résulter d'une décision consciente, fonction des attentes de plaisir de la femme, ou de la séduction d'un partenaire.

A-PHASE DE DESIR

La phase désir correspond au désir « spontané » ou « inné », qui se construit sur un système multi factoriel, à la fois organique et psychologique (fantasme). Dans ce système, nous pouvons suggérer l'influence des hormones sexuelles au niveau de l'hypothalamus.

A ce niveau, les récepteurs aux œstrogènes, à la progestérone, et aux androgènes, contrôlent l'humeur et modulent la réponse sexuelle.

Le cycle sexuel commence par le développement d'une pensée sexuelle, qui peut être un fantasme.

Un autre type de désir intervient pendant l'acte sexuel, secondaire à une excitation physique adéquate : c'est le désir réactif décrit par Rosemary Basson.

La motivation sexuelle de la femme est plus complexe qu'une simple présence ou absence de désir. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son rapprochement émotionnel avec son partenaire, augmenter son bien-être et sa propre image.

On peut supposer que la femme a besoin de se sentir attirante, féminine, appréciée et désirée et ne doit ni se sentir anxieuse ou coupable.

Le désir sexuel généré par des stimuli extérieurs (modalités sensorielles) et des stimuli psychologiques (fantasmes, mémoire) va induire un sentiment de besoin ou une envie de partage de l'activité sexuelle avec l'objet du désir afin d'obtenir satisfaction.

Pour reprendre Platon, « ce qu'on n'a pas, ce qu'on n'est pas, ce dont on manque, voilà l'objet du désir ».

B-PHYSIOLOGIE DE L'EXCITATION

La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps à une activité sexuelle :

-activation du parasympathique, permettant une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien

-stimulation du sympathique permettant une augmentation du débit sanguin cardiaque et une augmentation de la vascularisation artérielle, à destination des muscles lisses des organes génitaux.

La phase d'excitation est caractérisée par un phénomène de lubrification vaginale, la congestion des petites lèvres et du clitoris, l'écartement des grandes lèvres et l'allongement de la partie postérieure du vagin. Cette phase fait intervenir un réflexe à point de départ médullaire.

Les zones érogènes primaires sont stimulées (petites lèvres, clitoris, seins...).

Les informations sensibles génitales sont transmises via les nerfs pudendaux et la moelle épinière pour être intégrées au niveau cortical.

Le recrutement des efférences parasympathiques empruntant les nerfs pelviens puis caverneux, entraîne l'engorgement du clitoris, des lèvres et du vagin.

Cet engorgement va permettre l'apparition de la lubrification correspondant à l'augmentation du transsudat issu de la vasodilatation des capillaires de la paroi du vagin.

Ce phénomène est facilité en particulier par l'imprégnation du milieu local en œstrogènes.

Après cette phase initiale survient la phase de plateau.

C-PHASE DE PLATEAU

Elle est caractérisée par un changement de forme du vagin, qui prend l'aspect d'une poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal sous l'effet de la contraction du levator-ani, les releveurs de l'anus, réalisant une ballonnisation.

D-L'ORGASME

L'orgasme commence quelques secondes avant les huit à dix contractions musculaires saccadées et involontaires du vagin et des muscles de la région génito-anale (muscles striés et lisses).

Le réflexe bulbo-caverneux entraîne des contractions rythmiques des muscles du diaphragme périnéal. Celles-ci sont involontaires et vont moduler la durée et l'intensité de l'orgasme. Ces contractions permettraient peut être la sécrétion des glandes para urétrales avec une sensation de plaisir et un maintien de la lubrification des tissus.

L'orgasme s'accompagne de l'érection des mamelons, d'une accélération de la respiration et du rythme cardiaque, d'une augmentation d'ocytocine et de la prolactine.

L'orgasme est un processus neurophysiologique complexe marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle.

La sensation de plaisir intense inhérente à l'orgasme, en partie subjective, est générée dans les zones cérébrales activées.

Les motoneurones responsable des bouffées contractiles des muscles pelvi-périnéaux lors de l'orgasme sont sous l'influence d'afférences sensorielles d'origine génitale et d'un contrôle cérébral activateur et inhibiteur.

E-LA RESOLUTION

Elle se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. Pendant cette phase, la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. Cette courbe se différencie de celle de l'homme par la possibilité d'orgasmes répétés à quelques secondes les uns des autres et par une absence de période réfractaire.

III. LIENS ENTRE ANATOMIE ET SEXUALITE

La zone anale est une multi-zone complexe, cachée, et pourtant indispensable à la survie de l'espèce, à la fois une zone de plaisir et une zone de douleur, Eros et Thanatos, reflet de la sexualité.

Les lésions neurogènes susceptible de déterminer des troubles sexuels, même si elles peuvent sembler parfois évidentes, n'ont jamais été publiées...

57% des patients ayant une incontinence anale et une rupture sphinctérienne ont une neuropathie associée (Mauroy B, 2001).

Comme toute atteinte neurogène périphérique, ces neuropathies post accouchement vont déterminer :

- des troubles de tonus,
- de la motricité (force, endurance),
- de la sensibilité et,
- des réflexes

Or, une sexualité épanouissante de la femme a habituellement besoin de ces quatre composantes. On ne peut cependant pas résumer la qualité de la vie sexuelle d'une femme aux seules composantes somatiques.

En effet, les composantes telles que le désir, l'excitation et la lubrification sont, à priori, moins altérées par les phénomènes neuropathiques périphériques car ils dépendent de phénomènes cognitivo-comportementaux, vasculaires et mécanismes neurologiques centraux (Courtois, Bonnierbale, 2016).

Enfin, l'hypotonie et l'altération de la motricité périnéale induisent une diminution de la qualité des rapports sexuels et de la satisfaction des femmes. Les contractions orgasmiques sont soit en effet absentes soit de moindre qualité (Martin Alguacil, 2008).

IV. CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES DES PATIENTES SOUFFRANT D'INCONTINENCE ANALE

A-FACTEURS PREDISPOSANTS DE VULNERABILITES

Bien qu'il fût suggéré que certaines vulnérabilités psychologiques puissent être retrouvées dans l'incontinence anale, les données manquent pour établir une telle relation de cause à effet. Certains évènements de vie (vécu d'abus sexuels) et certaines vulnérabilités comme les personnalités anxieuses sont fréquemment retrouvés chez les patientes incontinentes anales.

En effet, on retrouve une corrélation entre le vécu d'un abus sexuel et l'asynchronisme abdomino-périnéal et anisme (hypertonie des sphincters anaux), comme le montre une étude parlant d'1/3 des femmes présentant cette problématique et ayant vécu un abus sexuel. Le problème débute dans l'enfance chez 31% des patients (Leroi et al, 1995).

On peut supposer que l'hypertonie du sphincter anal interne et externe, que l'on retrouve souvent chez les patientes avec des antécédents d'abus sexuels, soit un terrain prédisposant à la déchirure lors d'un accouchement par voie basse du fait d'une baisse de l'élasticité secondaire à l'hypertonie. Aucune étude à ce jour n'étudie ce lien de cause à effet.

Des écrivains vont jusqu'à parler de « meurtre psychique » pour les personnes victimes d'abus sexuel puisqu'il s'agit pour ces personnes d'être souvent dans l'incapacité à profiter en pleine conscience de la vie, dans l'incapacité à s'autoriser à vivre des moments de plaisir (Hurni, 2014).

Les auteurs montrent que de nombreux articles établissent le lien entre constipation terminale et abus sexuel. Or, nous savons qu'une constipation chronique peut entraîner une incontinence anale par la suite, par étirement prolongée des fibres musculaires.

Les abus sexuels sont fréquemment observés au cours des asynchronismes abdomino-périnéaux. Grace à des études nord-américaines et européennes, nous savons maintenant qu'une femme sur deux qui consulte en gastro-entérologie a probablement été victime d'abus sexuels. Les chercheurs ont également montré que la mobilité ano rectale est perturbée chez les sujets ayant été victimes d'abus sexuels.

On peut penser à priori que la région périnéale par ses fonctions sexuelles et sphinctériennes est le lieu d'expression de conflits présents ou passés.

Une étude a depuis longtemps insisté sur les troubles psychologiques des patients constipés et incontinents anaux (Devroede, 1990). Incidemment, 20% des enfants ayant subi un abus sexuel consultent pour des douleurs abdominales ou une constipation. Cette étude signale par ailleurs la grande fréquence des antécédents d'abus sexuels dans les constipations terminales de l'adulte à l'origine des troubles d'incontinence anales. Une autre étude parle de 53% d'adultes qui consulte pour troubles de la sphère ano-rectale ayant des antécédents d'abus sexuels et les 2/3 avant l'âge de 14 ans (Drossman, 1994).

Une étude de 344 patients, consultant en gastro-entérologie, parle de 40% d'antécédents d'abus sexuels. La prévalence de l'abus est quatre fois plus élevée dans les troubles fonctionnels d'origine distale que proximale (Leroi, 1995).

Une étude récente a mis en évidence la relation significative existant entre des types d'attachement dysfonctionnels et une symptomatologie sexuelle chez les 556 femmes de 18 à 30 ans de l'étude (Brassard et al, 2013). Les expériences d'attachement précoce peuvent contribuer à des investissements ou désinvestissements particuliers de la sexualité. Ces dysfonctionnements peuvent déterminer par exemple des comportements d'évitement (peur de la dépendance) et/ou d'anxiété (peur de l'abandon) face au partage de l'intime et de la sexualité. Une autre étude montre que 30% des enfants incontinents anaux présentent des symptômes anxieux et dépressifs accrus (Von gontard, 2015). Une étude a passé en revue des données de la littérature sur la prévalence des symptômes psychologiques dans l'incontinence anale (Heymen, 2007). Une autre étude avait déjà auparavant observé ces mêmes conclusions chez des patientes incontinentes anales, (Watier, 2004), (Valencogne, 2010).

Cette même étude met en lumière des scores d'anxiété 4 fois supérieurs, une tendance 5 fois accrue à la dépression tant chez l'homme que la femme (Watier, 2004). Enfin, cette étude a montré l'effet prononcé sur la sexualité et les relations socio professionnelles et peut conduire à un isolement social presque complet.

B-TABOU ET LA LOI DU SILENCE

L'incontinence anale ou la quadruple peine...

La sexualité est le reflet de ce qui se passe dans la société. A l'image des mouvements « balance ton porc » et « me too » la parole se libère, la société est en mouvement, les tabous d'aujourd'hui s'effritent. En effet, penser le plaisir de la femme revient à repenser la place de la femme dans la société.

Mais le vagin reste le « continent noir », le continent secret du cerveau féminin, qui ne cherche qu'à être déchiffré. Et quand il s'agit de parler d'anus, les portes sont encore plus fermées (Apollinaire, 1915).

Pour l'incontinence anale, c'est d'autant plus dégradant, honteux et non avouable que ces patientes, pour moitié, n'ont pas été informées de ces désagréments potentiels au cours de leur grossesse (Proctologie de La Femme Enceinte, 2017). Selon une étude, des troubles de la continence anale sont apparus au cours de leur grossesse dans 10,3% des cas (Solans-Domènech, 2010). Une autre étude parle de 14% (King, 2010).

Nous avons cherché le nombre d'incidence de l'incontinence anale sur internet et sur différents supports.

Nous trouvons pour Google, seulement 112 000 résultats, contre 439 000 pour l'incontinence urinaire. Sur PubMed, nous avons 6641 articles référencés pour l'incontinence anale contre 40654 articles référencés pour l'incontinence urinaire.

Au-delà du tabou lié à l'incontinence anale, il y a surtout et avant tout le tabou sur la sexualité et le plaisir féminin.

➔ Tabou lié à l'incontinence anale

Les organes sexuels chez la femme sont la vulve et les glandes périnéales, le clitoris, le vagin, l'utérus et les seins. Chez l'homme ce sont le pénis (corps caverneux et spongieux), et les glandes annexes (testicules, prostate, Cowper).

Au sens strict, l'anus n'est pas un organe sexuel. Il n'est même pas classé parmi les zones érogènes principales. Il figure dans les zones érogènes secondaires, qui «ne suffisent pas classiquement à déclencher l'orgasme».

Dans le dernier manuel de sexologie paru en 2007, (Lopes, Poudat, Manuel de sexologie Masson, 2007), les mots anus, sodomie, sexe anal renvoient uniquement aux paraphilies, à l'homosexualité (considéré alors comme une aversion sexuelle) et aux abus sexuels ainsi qu'à leur prise en charge.

Heureusement, S. Freud nous a appris, il y a plus d'un siècle, que « le rôle sexuel de la muqueuse anale ne se réduit en aucune façon aux rapports entre hommes » et même que « la prédication de l'homme doit son rôle à l'analogie qu'elle présente avec l'acte accompli avec la femme » (Freud, 1987).

Le traité des maladies de l'anus et du rectum publié en 2006 consacre son chapitre 31 au caractère anal de la sexualité (Siproudhis, 2006).

Les proctologues font partie de l'aréopage des disciplines médicales gravitant autour de la sexologie.

Suivant la religion ou la culture, l'incontinence anale ne sera pas vécue de la même manière. En effet, chez les personnes de confession juive et musulmane, l'incontinence anale conduit à une restriction religieuse car on se doit d'être propre pour faire les prières. Moins de 50% des patients ont demandé de l'aide. Les personnes de confession musulmane ont une forte préférence pour les médecins pour des raisons culturelles (Chaliha, 1999).

L'incontinence anale des femmes multipares des émirats arabes unis est sous déclarée en raison d'attitudes culturelles et de la mauvaise connaissance du public face à cette problématique (Rizk, 2001).

Parler d'incontinence anale revient à parler d'anus, de selles, d'excréments, de défécation. Tous ces termes renvoient dans notre société à des phénomènes de dégoût et de honte. Nous ne sommes pas loin du domaine de la paraphilie. Et il est, aujourd'hui, plus difficile de parler de fèces et d'urine que de sexualité. Confucius avait tort, « il n'y a que le sexe dans la vie », il y a aussi, le sang, la douleur, les urines, les selles....

Si nous, professionnels de santé, nous ne cherchons pas l'incontinence anale, nous ne la trouverons pas. Il y a une sous-évaluation car nous ne posons pas systématiquement la question.

Une étude parue dans le journal « Le Monde », le 16 mai 2018, et une autre dans « 24 matins.fr », le 17 mai 2018, montre que l'incidence du cancer anal a été multipliée par au moins trois en moins de 30 ans dans la plupart des pays occidentaux.

Et comme pour l'incontinence anale, les proctologues soulignent l'impact de cette maladie considérée à tort comme honteuse et donc sous-médiatisée. Ce cancer est considéré, à tort bien sûr, comme doublement honteux, de par sa localisation et parce qu'il est lié à des éléments de vie intime que le conservatisme rejette.

➔ Tabou lié à la difficulté de parler de sexualité

Ce tabou est responsable d'une absence de verbalisation des patientes qui n'osent en parler que si on leur pose clairement la question (Abrahamowitz, 2003).

Les patients cherchent avant tout à pouvoir en parler. Les professionnels de santé, eux, cherchent d'abord à résoudre la difficulté. Or, la pratique nous montre que les professionnels sont nombreux à ne pas oser aborder cette problématique et attendent que ce soient les patientes qui posent les questions. Et les patientes souhaiteraient que ce soient les professionnels qui en parlent le premier car elles ne savent pas souvent à qui pouvoir en parler....Patient, professionnel de santé, qui doit faire le 1^{er} pas ? Où trouver l'information ? Internet, radio, télé, médecins, magazines, entourage.... ?

La sexualité et ses troubles sont peu ou pas abordés par les patients et lorsque c'est le cas, c'est dans un second temps. Les difficultés sont retrouvées autant chez les hommes que chez les femmes. Les professionnels abordent peu ou pas le sujet et sont en difficulté pour répondre à la demande des patients quand cette dernière est exprimée.

Nous pouvons donc conclure que les patients attendent...et que les professionnels aussi (Bondil, 2012). Pourquoi ? La littérature a abordé les freins et les résistances portant sur l'approche de la sexualité (Giami 2007) et de principaux obstacles sont décrits : manque de temps, de connaissances, absence de réseau pour adresser les patients, difficultés ressenties au niveau de la communication...

Peu de plaintes spontanées des patients, seulement 11% selon l'étude Amétépée et al 2003, à cause de la culpabilité par rapport aux préoccupations sexuelles, caractère intime du sujet, peur de la réaction du praticien... Les professionnels de santé se trouvent embarrassés par manque de connaissance et donc ne vont pas s'impliquer dans cette prise en charge sexologique. En effet, « qui se conçoit bien s'énonce clairement ».

Il y a peu d'études qui expliquent ce phénomène de frein au recours des soins et ce faible intérêt des cliniciens face à cette problématique. Les motifs évoqués pour ne pas aborder le sujet sont la crainte d'être intrusif la gêne, les tabous sociaux, le manque de temps, le manque de connaissance, le manque de formations... (Grandmottet, 2015).

Une enquête auprès de gastro-entérologues et de gynécologues menée en Rhône-Alpes révèle que 80% des médecins méconnaissent les troubles de leurs patients (observatoire Rhône-alpin de l'incontinence anale), absence de service adapté, insouciance relative face à ces plaintes car non vitales, honte et culpabilité sous l'influence judéo-chrétienne ?...

Seul un tiers des adultes en ont discuté avec leur médecin, même si 59% des sujets incontinents se disent sévèrement perturbés. Edwards et Jones ont constaté que 54% de leur échantillon de population incluant 2818 sujets britanniques, hommes et femmes de plus de 65 ans, n'avaient jamais parlé de leurs problèmes à leur médecin.

Dans une revue de dossiers médicaux, Enk a montré que 30% des patients souffrant de troubles digestifs avaient une incontinence anale mais seulement 5% avaient fait état de leur plainte sur la feuille de renseignements. Une autre étude montre que le médecin n'est informé de ce problème que dans 15% des cas, que l'incontinence anale nuit grandement à la qualité de vie, qu'un tiers vont restreindre leurs activités sociales ou professionnelles et qu'elle est responsable de deux semaines d'absentéisme au travail par année (Damon, 2006).

Ces études montrent donc la difficulté pour aborder les problèmes somatiques mais il y a aussi des difficultés pour aborder la question des dysfonctions sexuelles. Et il n'y a pas d'études concernant cette problématique.

➔ Tabou lié à la difficulté de vivre le plaisir sexuel et l'orgasme

En confirmant les enseignements de la dernière étude réalisée sur le sujet auprès des Françaises (les françaises et l'orgasme, 2014), cette enquête internationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 000 femmes vivant dans les principaux pays d'Europe (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas) et d'Amérique du Nord (États-Unis, Canada) met surtout en lumière le fait que c'est en France que les difficultés à atteindre l'orgasme affectent le plus de femmes. 49% des Françaises admettent avoir « assez régulièrement » des difficultés à atteindre l'orgasme, soit le niveau le plus élevé de tous les pays investigués dans le cadre de l'enquête.

37% des Françaises ont joué « au moins une fois par semaine » ces trois derniers mois, soit la plus faible proportion observée dans les pays interrogés en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord.

52% des Françaises déclarent avoir « souvent » joui avec un partenaire au cours de leur vie, soit un taux très en deçà de celui mesuré dans les autres pays occidentaux.

31% des Françaises simulent « assez régulièrement » l'orgasme avec leur partenaire, soit le niveau le plus élevé observé en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord.

25% des Françaises n'ont pas eu d'orgasme lors de leur dernier rapport, soit une proportion record en Europe, presque deux fois plus élevée par exemple que chez les Néerlandaises (15%).

Si les Françaises souffrent de plus de difficultés à jouir que les autres femmes occidentales, ce n'est pas seulement en raison de certaines leurs particularités : les taux élevés d'activité, de célibat ou de consommation de médicaments observés dans la population féminine hexagonale ne créant pas les conditions physiques ou psychologiques les plus favorables à un épanouissement sexuel (ex : fatigue, stress, situation sentimentale instable, baisse de la libido...). Au regard des résultats de l'étude, leur singularité tient également au fait que les Françaises pratiquent moins souvent les techniques permettant en général aux femmes de jouir plus facilement comme la masturbation ou la double stimulation (clitoridienne et vaginale). En effet, en France plus qu'ailleurs, l'accès des femmes à l'orgasme semble freiné par une sexualité de couple encore trop « phallocentrée » : les pratiques sexuelles réalisées le plus fréquemment (ex : pénétration vaginale) n'étant pas celles qui favorisent le plus l'orgasme féminin.

Certes, ce décalage entre leur prévalence et leur efficacité s'observe dans l'ensemble des pays occidentaux mais il s'avère particulièrement important en France.

→ Tabou lié à la pratique de la sodomie

Le vagin est considéré comme un organe sexuel mais pas l'anus. Donc, parler d'anus dans la sexualité peut paraître déplacé et hors sujet. Il y a une réticence des femmes à parler de leur sexualité, encore plus lorsqu'il s'agit de pratique sexuelle dite « contre nature », comme la sodomie (Ait boughima, 2011).

La littérature est pauvre à ce sujet. Nous avons trouvé une étude qui parle de pratiques sexuelles anales pendant la grossesse, sur un échantillon de 109 femmes, 3 disent pratiquer la sodomie (Doucet-Jeffray, 2004).

Un grand tabou vient du fait qu'il y a une idée commune selon laquelle l'incontinence anale pourrait être favorisée par une pratique sexuelle anale rendant tout questionnement difficile et réduisant la liberté de parole de cette problématique (Markland, 2016). Nous voilà entrés dans le domaine du silence et des idées reçues.

La sodomie est à la limite de la paraphilie, considérée comme une sexualité « déviante » par l'Eglise et le monde judéo-chrétien (Brenot, 2013). On pourrait peut-être parler d'excitation psychique régressive.

Une étude faite par des gastro entérologues est en cours sur Lyon, sur le lien éventuel entre incontinence anale et sodomie. Or, mettre en lien incontinence anale et sodomie, n'est-ce pas renforcer la difficulté d'en parler et le tabou ?

C-RAPPORT AU CORPS, CORPOREITE, LANGAGE DU CORPS

En quoi une mauvaise image du corps pourrait être un facteur d'inhibition à l'origine de dysfonctions sexuelles ?

Nous supposons qu'il faut un corps qui nous parle pour le faire parler pour soi d'abord et aussi vers et pour l'autre.

Parfois, le corps parle pour dire ce qu'on n'ose pas dire, le corps qui exprime les maux, les maux pour les mots. Il est donc toujours intéressant de pouvoir donner la parole au corps afin de toujours mieux décoder les langages cachés du corps et de l'esprit. Parfois le corps est parlant, parfois il est silencieux. Quelle lecture corporelle pouvons-nous faire ?

Nous souhaitons éclairer toutes les femmes à la même étincelle. Transmuer les mots en chair et la chair en mots. Les maux du corps peuvent être de trois types, psycho-somatiques, psycho-traumatiques et pathologiques.

En 1893, Bonnier émet l'hypothèse qu'il existe un schéma corporel, sous la forme d'une représentation spatiale du corps. Les termes d' « image spatiale du corps » ou de « modèle postural du corps » seront ensuite utilisés au début du 20^{ème} siècle par des chercheurs (Pick 1915 et Head 1920).

Cette terminologie se réfère donc essentiellement aux réalités et limites de notre corps charnel. Dans cette notion de schéma corporel, nous pouvons inclure aussi la notion d'image du corps et de schéma postural (le corps tel qu'il nous apparaît).

C'est un processus dynamique en constante évolution, en interaction avec le monde. En effet, le monde change notre interaction à notre propre corps, il y a une construction de l'image du corps à partir d'expériences de plaisir/déplaisir, frustration etc..., et de circonstances où l'émotion, l'affect, le désir, le plaisir et la douleur jouent un rôle essentiel. Les expériences corporelles se font dans la triade « se toucher, toucher, être touché ».

L'environnement module notre image du corps. La perception de notre corps que les autres nous renvoient, la relation à l'autre et les expériences qui s'y rattachent, la modulent aussi. Le corps se construit dans l'échange et la perception. Nous parlerons de la perception plus tard.

« Le visible de la féminité est en fait un voile mis sur le creux informe, insaisissable, irréprésentable du sexe féminin, sur son inquiétante ouverture, sur ses débordements de liquidités, sur le sang qui s'en échappe », (Schaeffer, 2015).

Le 20^{ème} siècle ouvre, avec Freud et l'avènement de la psychanalyse, une nouvelle dimension : le corps fantasmé, représentation mentale de ce corps sensible.

Schilder, Lacan, Dolto, Anzieu, Winnicott et bien d'autres prendront en compte cette notion de corps fantasmé.

Le corps est parfois une image idéalisée, symbole du culte de l'apparence. La femme croit dépendre de son corps pour réussir sa vie (Mary Del Priore, 2017). La société véhicule certains idéaux esthétiques contemporains où la croyance que le succès et le bonheur relèvent de l'acquisition d'un corps modelé selon des critères de beauté culturellement institués.

Or, comment garder une estime de soi quand son corps n'obéit plus aux diktats de la société. Quand on a tout misé sur celui-ci pour remplir ses failles narcissiques ?

Et quand le corps, de surcroît, se salit lors des épisodes d'incontinence anale ?

Comme le signale Mary Del Priore, l'histoire des femmes passe par l'histoire de leur corps. Le sexe féminin est-il un beau sexe ou un sexe fragile ? Que devient la femme face à ce sexe fragilisé par l'incontinence anale ? Comment rester femme avec un sexe fragilisé ?

→ Les maux psycho-somatiques

Parfois, certaines mauvaises images de soi s'accompagnent de souffrances et de douleurs somatiques. La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions », (Radat, 2014).

Quel est le but de cette souffrance ? Quel est le sens derrière « vivre à travers la douleur » ?

La douleur peut être nécessaire parfois comme limite structurante psychologique.

La douleur peut être, à ce moment-là, un point d'ancrage, une manière de rester malgré tout en contact avec soi. Anzieu dit qu'« une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenant, je souffre donc je suis (Anzieu, 1985). La douleur peut donc être une fonction d'équilibre psychique de la patiente.

Mais cette douleur peut perturber l'image de son corps.

L'alliance corps/esprit est indispensable pour toutes les étapes de la réponse sexuelle, il faut pour cela une bonne connaissance anatomique et physiologique de son propre corps.

→ Les maux psycho-traumatiques

Cela concerne les violences sexuelles, les séquelles d'accouchement, les chirurgies, les traumatismes accidentels etc....

→ Les maux pathologiques

Nous parlons du corps douloureux, avec effraction du corps et ambivalence face au corps. Ces phénomènes induisent un renfermement du sujet en limitant ses interactions à soi et aux autres.

Dans cette image du corps, nous parlons précédemment de cette notion de prise de conscience et de perception.

Le dictionnaire, le nouveau petit Larousse 2009, donne cette définition de la conscience : « c'est la faculté qu'a l'homme de connaître sa propre réalité et de la juger ».

En psychologie, selon Goblot, « avoir conscience c'est sentir que l'on sent et prendre conscience c'est devenir conscient ».

En philosophie, c'est « l'acte ou l'état dans lequel le sujet se connaît en tant que tel et se distingue de l'objet qu'il connaît. C'est une connaissance immédiate, spontanée, intuitive et plus ou moins vague. Prendre conscience c'est réaliser, s'apercevoir, connaître ».

La perception, quant à elle, correspond d'une manière générale au traitement de l'information sensorielle (la sensation) par le cerveau. Elle se définit par l'acte qui permet de capter des informations soit sur le monde extérieur soit sur le monde intérieur, le corps. C'est l'intégration sensitivo-sensorielle dans un cadre dynamique du mouvement en interaction avec son environnement.

Il n'est pas rare de constater lors de l'examen clinique des patientes incontinentes anales une non-conscience du périnée. On peut parler d'insensibilité, d'immobilité et d'imperception.

Un travail de proprioception peut s'avérer utile pour amener une conscience représentative par un processus de reconnaissance et d'intégration. Il s'agit de rendre cohérente l'image du corps, d'utiliser les sensations pour affiner la commande motrice. Il y a une coopération en interaction constante entre la commande sensorielle et la commande motrice. C'est une approche d'éducation somatique, de conscience du corps. Le point de départ étant la référence anatomique, nous chercherons ensuite à développer la conscience que l'on en a.

La vaginalité est une question d'éducation, il s'agit d'apprendre à érotiser son vagin, tout comme les autres parties de son corps. Simone de Beauvoir dit, dans le 2^{ème} sexe en 1949, « on ne naît pas femme, on le devient ». Elle dit également « la sexualité c'est le corps vécu par le sujet ».

En conclusion, quand le corps sexuel et sexué impose ses pertes, on peut dire qu'il met en danger la construction identitaire sexuelle et affecte le sens singulier de la sexualité à vivre. Le corps handicapé garde, cependant, des ressources et des résiliences pour servir ce sens et le partager dans le contact à soi et à l'autre.

D-SYMBOLIQUE DE L'ANUS DANS LA SEXUALITE

Antonyme de la tête, le « cul » ou l'anus a toujours été l'objet de discrédits et de quolibets jusqu'à ce qu'il soit réhabilité par les libertins des Lumières et par notre pensée contemporaine qui s'affranchit de tous les interdits (Brenot, 2018). « Sur le plus beau trône du monde, on n'est vraiment assis que sur son cul », constate Montaigne (Essais, III, 13).

Ce bas morceau de notre anatomie, génériquement appelé « cul » fait aujourd'hui l'objet d'une large polysémie : fesses, sexe, anus, arrière-train, croupion, culasse, dargeot, pétard, postérieur, popotin, trou de balle etc... mêlant les excréments à la sexualité, du soulagement à la jouissance. Comment cette extrémité, basse et inférieure, qui, depuis les origines, a tellement été dévalorisée par rapport à l'autre, haute et supérieure, aurait-elle une philosophie ? Sylvain Bosselet dans son livre « Petite philosophie du cul » (2018), essaie de répondre à cette interrogation en convoquant les grandes voies de la philosophie qu'il s'amuse à faire dialoguer les unes avec les autres, posant finalement plus de questions que d'apporter des réponses. Pourquoi la saleté écœure-t-elle souvent, excite-t-elle parfois ? Pourquoi le cul génère-t-il tant d'espoirs, d'échecs, de gêne et autres joutes ?

Nous allons parler des différents liens réciproques que nous observons entre anus, incontinence anale et sexualité.

→ Le stade anal

D'un point de vue psychologique, selon Freud, il existe plusieurs stades dans le développement de l'enfant :

- Le stade oral, jusqu'à 18 mois
- Le stade anal, jusqu'à 3 ans
- Le stade phallique, jusqu'à 7 ans
- Le stade de latence, jusqu'à 12 ans
- Le stade génital, l'adolescence

Le stade anal, entre 18 mois et 3 ans, est appelé stade de la propreté, il consiste effectivement en l'apprentissage de la maîtrise de ses sphincters, c'est à ce stade que l'enfant met en place son rapport au monde et à l'autre en particulier.

C'est à cette perte de contrôle qu'un patient incontinent anal devra renoncer avec toutes les conséquences inconscientes.

→ Incontinence anale ou le tabou suprême

Voir paragraphe sur tabou, la loi du silence

→ Impact de l'incontinence anale sur la sexualité

Voir paragraphe sur la réponse sexuelle féminine et la corporéité

→ Impact de la sexualité sur l'incontinence anale

La sexualité anale consentie n'expose à aucune conséquence délétère, mais en revanche les pratiques à risques (même consenties) peuvent avoir les mêmes complications que les viols anaux jusque et y compris la mort (Loriau, 2009, 2015). Cela va à l'encontre de l'idée véhiculée selon laquelle une pratique régulière anale peut entraîner une incontinence anale.

La sexualité n'est plus réduite désormais à la reproduction et au coït vaginal (Lavin, 2006).

Les expériences sexuelles comprennent tant les pensées sexuelles que les baisers sensuels, la masturbation (seule ou avec un partenaire), les caresses et les jeux sexuels, le sexe oral, la pénétration vaginale et les rapports anaux (Kaplan, 1974), (Rosen, 1993). Il y a une levée du tabou de la sexualité chez les femmes et de l'orgasme vaginal.

La sexualité anale hétérosexuelle a toujours existé, même si elle a été « combattue » de tous temps, par toutes les religions et dans toutes les civilisations pour diverses raisons, comme nous l'apprennent certains auteurs (Foucault, 1976), (Platon, 1950), (Siproudhis, 2009).

Une étude de Kortekaas et Georgiadis en 2008 montre que les contractions anales mesurées par les variations de pression rectale seraient un excellent marqueur de l'obtention objective d'un orgasme.

Dans les cultures religieuses, le rapport naturel est celui qui permet la reproduction donc par voie vaginale où il est prôné une sexualité reproductive et non pas une sexualité de plaisir. La sodomie n'apparaît donc pas dans ce cadre-là comme une pratique dite « naturelle » et contraire à la morale reproductive.

La sexualité anale pose depuis toujours un problème moral et éthique en ce sens qu'elle se détourne de la procréation et porterait atteinte à l'espèce et au bon fonctionnement de la cité.

C'est encore Platon dans les Lois, qui, en 347 av JC, soutient qu'il faut « se conformer à la nature dans nos rapports » pour ne pas « porter à l'espèce humaine un coup fatal » (Platon, 1950). Cet interdit a franchi les siècles avec son cortège d'hypocrisie, d'injustice, de ségrégation et de malheur.

Il faudra attendre S. Freud pour lever le veto de la procréation et enfin comprendre la sexualité comme source vitale, processus énergétique, système de médiation réciproque entre les êtres. La sexualité anale, inconsciemment construite à partir du stade freudien du même nom, a toute sa place au sein de la sexualité en général.

Son expression dépend de la façon dont chacun a « résolu son analité » (Freud, 1987).

Ovide, dans son « art d'aimer » ne nous dit rien sur notre sujet (Ovide, 2000).

La sexualité anale se résume presque inmanquablement à la sodomie dont nous ne rappellerons ni la définition, ni l'étymologie. Nous entendons ce vocable dans son acception usuelle en France. Jusqu'au XVIIe siècle, le terme sodomie recouvrait un ensemble de relations sexuelles réprouvées, pas seulement anales ou homosexuelles (Boswell, 1985).

Il faut savoir cependant qu'il en est différemment dans d'autres langues : en allemand : sodomie et en norvégien sodomi, ne font aucunement référence à la pénétration anale mais désigne la zoophilie. Dans certaines classifications légales de certains États fédérés des États-Unis, le terme anglais sodomy inclut d'autres pratiques sexuelles jugées déviantes par certains, notamment le cunnilingus et la fellation. Le 7 décembre 2001, après une pétition relayée par la Naz Foundation India Trust, la Cour Suprême Indienne a déclaré anticonstitutionnelles les lois prohibant la sodomie en Inde.

La cour suprême des États Unis a légiféré en ce sens en 2003. Il existe plus de lois sur la sodomie dans le sud des USA que dans le nord (Young, 1991).

Pour tout savoir sur les lois qui régissent les pratiques anales selon les pays (notamment ceux qui punissent de mort ou de prison à vie) visitez le site incontournable : « <http://www.sodomylaws.org> ».

Qui pratique la sodomie ? En premier lieu, comparons la pratique de la sodomie au cours des cinquante dernières années, à travers les célèbres rapports Kinsey 1953, Simon 1970, Spira 1993, Bajos 2008, et notre modeste panel de 11 patientes:

Kinsey 1948/1953	Simon 1970	Spira 1993	Bajos 2008	Etude 2018
H -	H 19	H 30	H 45.1	
F -	F 14	F 24	F 37.3	F 0

Dans notre étude, à la question « pensez-vous que la sodomie est un facteur favorisant l'incontinence anale ? », 3/11 répondent oui, 2/11 ne savent pas. Aucune des patientes du panel ne dit pratiquer la sodomie.

Pour R. Porto, « incontestablement, la sexualité anale mutuellement acceptée et physiquement préparée représente à la fois l'induction de l'intimité et son indicateur » (Porto, 1992 et 1993).

Une autre notion, connue du proctologue, est la préservation de l'hymen. Qui mieux que Malek Chebel pour en parler ? « Mais, lorsque l'appréhension du dépuçelage est trop forte, la voie anale semble constituer un exutoire, assez répandu, qui permet que le désir masculin s'exprimât librement » (Senejoux, 2009). On voit, en effet, en consultation des jeunes femmes porteuses de MST ano-rectales qui n'ont jamais eu de rapports vaginaux. Leur origine s'étend du Levant au Couchant, du Machrek au Maghreb (Kadri, 2009).

E-IMAGE DE SOI, ESTIME DE SOI ET SEXUALITE

L'image de soi va de pair avec l'image du corps.

Une mauvaise image de soi peut entraîner une mauvaise relation à soi et par conséquent une mauvaise relation à l'autre. Or, le désir est ce qui nous pousse à avoir une relation à soi et à l'autre.

La construction d'une image de soi positive et d'un sentiment d'identité féminine solide est indispensable à la réalisation du désir (Colson, 2017).

Image de soi. Comment l'humain construit la perception qu'il a de lui-même entre le psychique et le corporel. Cette articulation entre corps et esprit est une question intemporelle. Qui précède qui ? Qui gouverne quoi ? Comment aménager une cohabitation entre réalités corporelles, source de plaisir comme de douleur et les réalités psychiques, elle aussi si ambiguës ?

Les liens entre corps et esprit étaient déjà décrits chez Hérodote (484/425) « quand le corps est gravement dérangé, il n'est pas surprenant que l'esprit le soit aussi » (« Evaluation-de-l-impact-des-atteintes-de-la-sphere-perineale-sur-l-image-de-soi-et-le-vecu-sexuel-des-femmes »). Une étude montre qu'il y a une difficulté à la reprise du désir pour une patiente ayant une incontinence anale au-delà de 12 mois (Leader-Cramer, 2016).

L'accouchement vaginal avec épisiotomie n'augmente pas le risque d'incontinence urinaire et anale mais diminue les rapports sexuels, le désir, l'excitation et l'orgasme pendant 5 ans après l'accouchement (Doğan, 2017).

Une autre étude fait état d'un taux activité sexuelle identique mais une fonction sexuelle plus faible (Pauls, 2015).

Après accouchement, les patientes ont une faible image corporelle (Pauls, 2008), une baisse de l'estime de soi et de la qualité de vie (Saldana, 2017).

Le rapport au corps sur un modèle de souci de l'apparence physique aggrave la perte d'image corporelle (Caremél, 2012).

L'association de l'incontinence urinaire et de l'incontinence anale a un impact plus important que n'importe quelle condition seule en post partum à 6 mois (Handa, 2007).

La sphinctéroplastie améliore l'estime de soi et la fonction sexuelle (Pauls, 2007).

PARTIE ETUDE DU PROJET

I. METHODOLOGIE

A-OBJECTIFS ET METHODES

L'objectif principal de cette étude était d'interroger l'expérience de la sexualité pensée et agie de femmes incontinentes anales.

Les buts :

- ➔ Evaluer l'impact de l'incontinence anale sur la santé sexuelle des patientes
- ➔ Evaluer l'impact de l'incontinence anale sur l'image du corps et la corporéité
- ➔ Evaluer l'impact de l'incontinence anale sur l'équilibre psychique des patientes
- ➔ Evaluer l'impact de l'incontinence anale sur la qualité de vie des patientes
- ➔ Faire ressortir les freins et les leviers, facteurs de résilience
- ➔ Sensibiliser les professionnels de santé sur l'intérêt d'être pro actif dans le dépistage des souffrances des patientes incontinentes anales

Cette étude a été réalisée dans les règles éthiques exigées avec le respect du secret médical et l'anonymat des patientes. La démarche a été faite auprès du CNIL le 06/02/2017 (annexe 11).

Cette déclaration auprès du CNIL a été indispensable afin de sécuriser mon étude sur un thème aussi intime et tabou.

La méthode d'investigation pour mener à bien notre étude a reposé sur des questionnaires dont un entretien semi qualitatif.

Un pré test a été au préalable effectué pour une meilleure compréhension des questions.

Un courrier de présentation de l'étude expliquant les objectifs de l'étude a été transmis avec tous les questionnaires et des explications ont été données en supplément en face à face lors des entretiens individuels.

La distribution des questionnaires a été faite en version papier uniquement avec soit une remise en mains propre soit par la poste. Dans les deux cas, le retour s'est fait par la poste uniquement, garantissant ainsi l'anonymat, une enveloppe timbrée était fournie pour le renvoi des questionnaires.

Cette étude a été réalisée sur un petit échantillon de 11 patientes recrutées parmi les patientes qui viennent en consultation dans mon cabinet. Je n'ai pas pu faire des statistiques de corrélation ou évaluer la variable dominante ou autre. L'idée est d'observer les tendances qui se dégagent.

Nous nous sommes donné un délai de 1 mois, de février à mars 2017 pour l'obtention des réponses.

Les entretiens semi qualitatifs se sont fait au sein de mon cabinet, en face à face, en avril 2017. Cela se faisait sur un temps exclusif pour l'étude, en dehors d'un temps de séance de rééducation. La durée de l'entretien durait 45min. Cela permettait aussi à la patiente de parler de difficultés ou de questionnements propre à l'incontinence anale et sexualité.

Nous n'avons pas de Comparaison avec groupe témoin.

Il s'agit donc d'une étude semi qualitative avec entretien dirigé.

Les données du questionnaire ont été relevées avec saisie informatique directe et anonyme.

B-POPULATION

→ Critères d'inclusion :

Notre choix s'est porté sur :

- des femmes souffrant d'incontinence anale
- incontinence anale de causes périnéales avec des lésions sphinctériennes et sans lésions neurologiques
- patientes sans réparation chirurgicale au préalable, n'ayant pas subi d'intervention ou de réparation chirurgicale pour ce problème
- ayant toujours une activité sexuelle, pré requis indispensable à la participation de l'étude
- en situation conjugale stable de plus de 6 mois

Ces femmes ont été recrutées dans notre activité libérale au sein de notre cabinet. Elles sont toutes venues nous voir pour une prise en charge de rééducation périnéale.

Une étude montre qu'il y a des différences sur la qualité de vie des patientes opérées de celles qui ne le sont pas. Mais toute incontinence anale ne relève pas d'une chirurgie réparatrice (Jelovsak, 2014), (Pla marti, 2007).

Certaines étaient en cours de rééducation, nous leur avons donc fait part de notre étude de vive voix. Pour celles dont le protocole de soins rééducatifs était terminé, nous les avons contactées via message téléphonique et/ou mail.

Au départ, nous souhaitions uniquement cibler les patientes incontinentes anales en post partum, mais au final, ces patientes ont plus souvent refusé de participer à l'étude, ce qui fait que nous avons élargi la population à des patientes incontinentes anales tout venant.

Après réflexion, cela nous a permis de limiter les biais de l'image corporelle car nous savons que l'image corporelle souffre le plus en post partum (Pauls, 2007).

Etat des lieux des patientes ayant des déchirures périnéales

Aucune patiente ne présente d'incontinence anale suite à un viol.

Degré de déchirure	0 : absence de déchirure	1 ^{er} degré	2 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré	4 ^{ème} degré
Nombre de patientes	4	4	2	1	0

→ Critères d'exclusion :

- Nous n'avons pas volontairement sélectionné des hommes car il aurait fallu un questionnaire spécifique pour eux pour l'évaluation des troubles sexuels
- Si un accouchement a eu lieu dans les 18 mois précédant l'étude, c'est un facteur affectant le vécu sexuel donc nous avons vérifié que l'accouchement était au plus tôt il y a 18 mois et par voie basse uniquement.
- Nous n'avons pas inclus les incontinenances anales avec stomie et pathologies neurologiques pour éviter des biais sauf les éventuelles atteintes de neuropathie d'étirement du nerf pudendal. Certains troubles ano rectaux peuvent masquer une problématique neurologique. Ils sont beaucoup plus difficiles à démasquer contrairement aux troubles vésico-sphinctériens (Amarengo, 2017).

Ces critères de tri restreignent bien étendu la potentialité de notre échantillon.

C-SCHEMA EXPERIMENTAL

Les questionnaires ont été nos outils de recherche et de recueil pour cette étude.

Ils sont au nombre de 6.

→ **Auto questionnaire** (annexe 3)

Convaincus de l'intérêt des auto-questionnaires, il va nous servir à définir les facteurs socio démographiques, professionnels, familiaux... (Bonierbale, 2006), (Sultan, 2006).

→ **Score Jorge et Wexner** (annexe 5)

Les scores d'évaluation permettent d'évaluer la sévérité de l'incontinence anale et son retentissement. Le score le plus connu et le plus simple est celui de Jorge et Wexner.

Il permet la comparaison du degré de l'incontinence anale du patient lui-même afin d'évaluer l'évolution ou le résultat d'un traitement, et des patients entre eux. Il comporte cinq items notés chacun de zéro à quatre: incontinence solide, incontinence liquide, incontinence aux gaz, incontinence nécessitant une protection, incontinence altérant la qualité de vie.

La note attribuée à chacun des items se fait en fonction de la fréquence de l'incontinence. On lui reproche sa variation trop importante en fonction du transit (Faucheron, 2008).

Le total du score s'étend de « 0 à 20 ». « 0 » correspondant à aucune fuite, « 20 » à une incontinence anale totale.

→ **Bisf-w** (annexe 8)

Nous avons choisi un questionnaire recommandé en médecine sexuelle et validé en français pour l'évaluation de la dysfonction sexuelle féminine, le BISF-W, Brief Index of Sexual Functioning for Women.

Il est indiqué pour les femmes ayant une pathologie chronique, il est donc intéressant pour évaluer le retentissement sur le désir. L'incontinence anale peut être considérée comme une maladie chronique, une défaillance physiologique avec laquelle il va falloir apprendre à vivre, tout comme la maladie chronique.

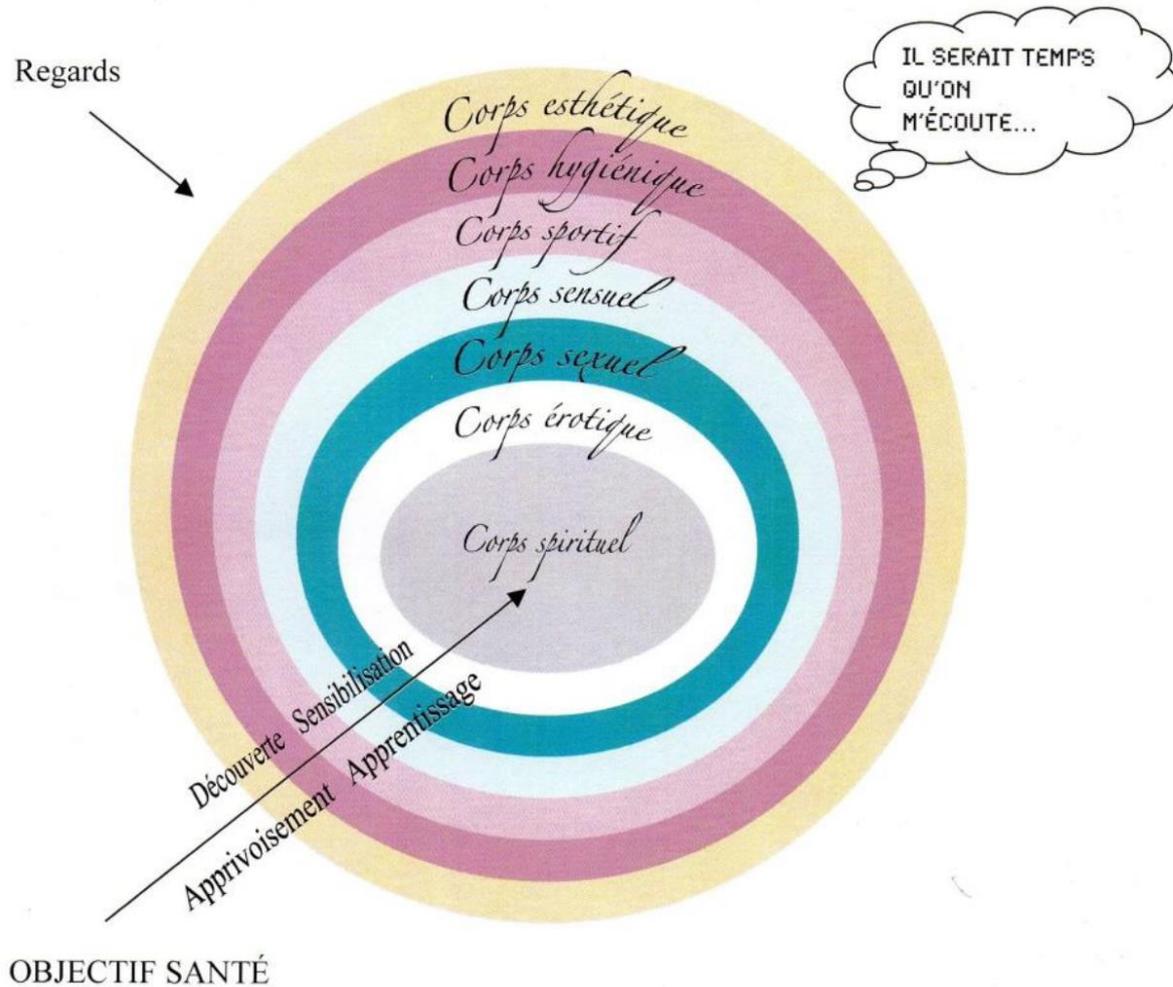
Ce questionnaire comprend 22 questions explorant 7 dimensions de la fonction sexuelle féminine : le désir (D1), l'excitation (D2), la fréquence de l'activité sexuelle (D3), la réceptivité (D4), le plaisir et l'orgasme (D5), la satisfaction relationnelle (D6), et les problèmes à l'égard de la sexualité (D7), (Taylor, 1994). L'addition des scores de réponses aux six premiers domaines moins le domaine D7 permet l'obtention d'un score composite de l'ensemble de la sexualité féminine qui varie de -16 à 75.

Plus ce score est bas, plus la personne présente des difficultés sexuelles.

➔ **Questionnaire sur la corporeité** (annexe 4)

Il a été fait suivant le modèle du corps de Xavier Poudat et Noëlla Jarousse.

Il se présente sous forme de QCM, il étudie les différents corps, analyse le ressenti corporel global, du corps hygiénique, sportif, sensuel, sexuel, érotique et analyse un certain nombre de comportements liés à ce vécu corporel.



Le schéma, issu du travail de Xavier Poudat et Noëlla Jarousse, est une succession de cinq cercles concentriques. Nous avons trouvé ce schéma simple et didactique (Melchior-Maren, 2008).

Apprendre à mieux connaître son corps, c'est apprendre à mieux s'écouter.

Apprendre à l'écouter, c'est apprendre à mieux communiquer.

Notre santé passe par la santé de tous nos corps. Il m'a donc paru essentiel de questionner cet aspect somatique du ressenti et de la perception.

→ **Questionnaire anxiété dépression (annexe 7)**

Toute approche de la sexualité doit prendre en compte de manière évidente la dimension psychologique et s'intéresser aux éventuels troubles de la personnalité.

Elle doit systématiquement poser la question de la présence de troubles anxieux, de troubles dépressifs ou de symptomatologie psychotique.

Elle doit prendre en compte les éléments relationnels comme cause ou conséquence de la dysfonction en la mettant en lien avec les capacités relationnelles de l'individu à un moment donné de son existence.

Nous avons choisi l'échelle HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale. Il y a 7 items pour la dépression et 7 items pour l'anxiété et elle permet d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépression des patientes.

→ **Entretien semi qualitatif (annexe 9)**

Nous avons réalisé des questions ouvertes qui obligent ainsi la patiente à mettre en mots son ressenti, à la différence des QCM et des questions fermées des autres questionnaires.

Il y a eu beaucoup de questionnements, de soulagement. L'accueil de l'étude a été favorable et positif.

Ce type de questions ouvertes me permet d'évaluer la qualité du ressenti.

Plus il est riche, plus le vocabulaire sera riche. Il permet de catégoriser les mots utilisés.

La catégorie positive contient des mots tels que bien être, plaisir, désir.

La catégorie négative contient des mots tels que désagréable, dégoût, douleur.

Il y a des patientes qui ne peuvent pas mettre en mot leur ressenti. Pour nous, une difficulté de mise en mots sera catégorisée par une difficulté à ressentir, puisqu'elles n'arrivent pas à ressortir ce qu'elles éprouvent et ressentent.

Nous avons choisi 7 questions, chacune portant sur un thème que nous voulions questionner : une question sur la parole avec le partenaire, une sur la parole avec l'équipe soignante, une sur le vécu du corps, une sur l'identité féminine, une sur le vécu sexuel et le désir, une sur l'entente conjugale et enfin une sur l'entente sexuelle.

II. RESULTATS

A-DONNEES RECUEILLIES-RESULTATS-MOTIFS DE REFUS

49 personnes contactées ont été contactées pour inclusion dans l'étude, 5 personnes nous ont répondu en nous disant qu'elles refusaient de participer.

Parmi ces 5 personnes, 2 ne nous ont fourni aucune explication, 2 nous ont dit que les questionnaires leur apparaissaient comme trop intrusifs et qu'ils relevaient d'une atteinte à leur vie privée et intime. Une patiente a refusé pour cause d'étude dite « d'une extrême indélicatesse » et « contraire à la déontologie ».

24 absences de réponses positives ou négatives malgré nos relances téléphoniques ou par mail. En effet, l'absence de réponse vaut une réponse, celle de mettre en lumière la difficulté de briser le silence sur le tabou de l'incontinence anale.

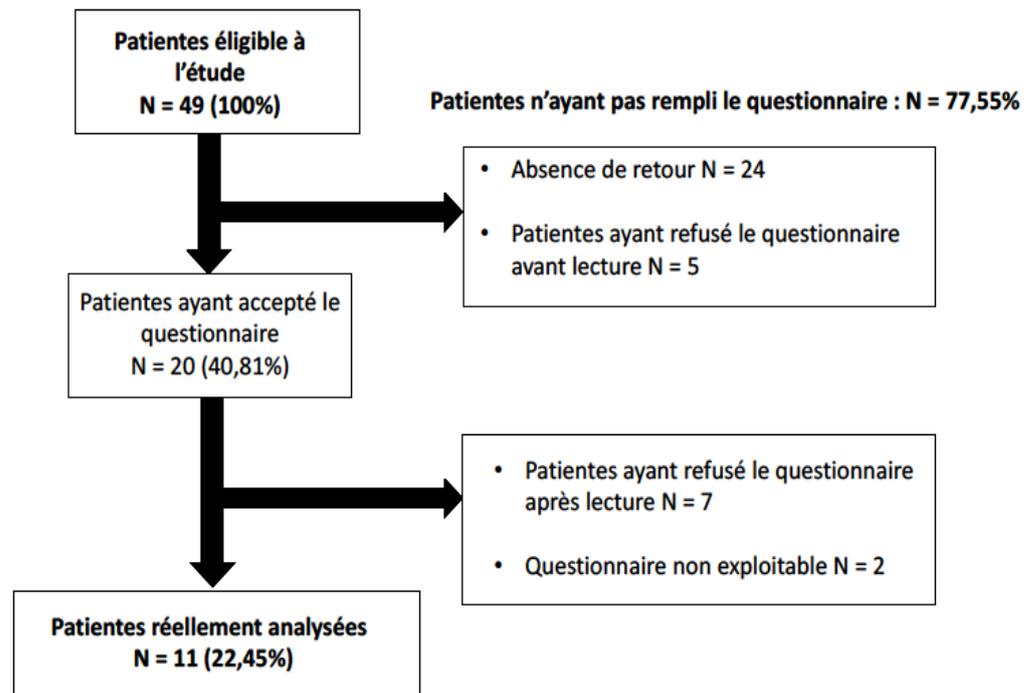
Seulement 20 retours positifs de personnes qui sont d'accord pour participer à l'étude.

Et sur ces 20 questionnaires envoyés, 7 dossiers ne sont jamais revenus et 13 dossiers nous sont revenus dont 2 sont inexploitable car pas de réponses à certaines questions du BISF-W. « Ne souhaite pas répondre », écrit une patiente sur le questionnaire, une autre me dit « ne pas avoir de problèmes d'incontinence anale », elle a certainement préféré éviter d'en parler pensant que « l'absence de réponses vaut pour l'absence de problèmes » (Horden, 1993).

Parmi les 7 dossiers qui ne sont pas revenus, 2 patientes ont refusé par absence de partenaire sexuel au moment où elles ont reçu le questionnaire, 3 après lecture du questionnaire disant que cela était « trop intime » pour elles.

Ce qui fait un total de 11 questionnaires exploitables seulement, soit un taux de réponse/retour de 22.45%.

Tableau effectifs et pourcentage de patientes aux différentes étapes de l'étude



B-FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

→ Les forces de cette étude

- Le sujet de l'incontinence anale est peu traité et peu évalué, donc sujet novateur
- Etude anonyme donc les réponses peuvent être considérées comme fiables

→ Les limites de cette étude

- Très peu de bibliographie sur cette problématique. Il y a sur ce sujet que très peu d'études validées scientifiquement avec de faible taille d'échantillon et des outils d'évaluation non standardisés.
- Seulement une cinquantaine d'articles sur pub med pour « incontinence fecal and quality of life and sexuality » et « incontinence fecal and desire », une seule étude sur pub med pour « incontinence fecal and post partum and image of the body »...
- Etude hautement expérimentale donc non reproductible, aucune valeur scientifique, non représentative et ne présente aucune valeur scientifique. Etude qui n'a de valeur que pour sa méthode et pas pour ses résultats.
- Il aurait fallu faire une comparaison avec un groupe de patientes témoin mais sans troubles de la sphère périnéale autre que l'incontinence anale (tels que incontinence urinaire d'effort, incontinence anale, déchirures, descente d'organes, etc...) pour mieux comparer l'impact de l'incontinence anale sur le vécu sexuel.
- La principale limite concerne la faisabilité du projet. Peu de patientes ont pu être recrutées, seulement les patientes de notre cabinet. Le recrutement a été difficile, nous avons dû faire face à de nombreuses résistances. L'échantillon est donc trop peu important, trop peu de recrutement, pour être significatif, mais on peut toutefois faire des observations.
- Résistance de l'Aapi. L'association AAPI, Association d'Aide aux Patientes Incontinentes (Aapi, 2006), a refusé de faire passer nos questionnaires ou même de nous donner le listing de leurs adhérentes, la raison était que cela pouvait être vécu comme quelque chose d'intrusif et donc de violent devant une problématique tabou. Nous leur avons envoyé 6 mails en 1 mois avant de pouvoir avoir une réponse de leur part, nous expliquant leur refus de participer à l'étude.

- Beaucoup de résistances des gastro-entérologues. En effet, j'ai sollicité 9 gastro-entérologues, tous sur Marseille, 4 en cabinet libéral et 5 en structure hospitalière. Nous nous sommes à chaque fois déplacés pour prendre le temps de leur expliquer les modalités de recherche de notre étude.

Aucun n'a été favorable pour me donner un listing avec les coordonnées de patientes incontinentes anales. Toutefois 6/9 médecins, dont les 5 travaillant en structure hospitalière, nous ont dit que cette étude était un projet porteur et nous ont encouragés à poursuivre nos efforts.

- L'analyse des liens d'attachement de couple et de son fonctionnement face au handicap aurait été pertinente, de même que l'analyse des patterns d'attachements individuels.
- Il aurait été intéressant de questionner le partenaire afin d'évaluer ainsi l'impact du changement de regard du partenaire sur la patiente.
- Notion évidente de subjectivité sur le questionnaire de la corporéité à prendre en compte. Cela est évidemment un biais négatif pour l'étude.
- Biais de sélection car les réponses aux questionnaires distribués ont été sur la base du volontariat et n'ont répondu que celles qui ont le moins de difficulté pour en parler librement.

C-DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

La population étudiée se compose de 11 femmes.

→ Age

3 ont entre 33 et 39 ans, 5 entre 50 et 59 ans, et 3 entre 65 et 67 ans.

Entre 33 et 39 ans	Entre 50 et 59 ans	Entre 65 et 67 ans
3	5	3

→ Etat gynécologique

8 sont ménopausées. 4 souffrent également d'incontinence urinaire et 2 ont des descentes d'organes associées.

→ Statut matrimonial

Les 11 patientes sont toutes en couple dont 7 mariées, 3 en union libre et 1 pacsée.

Statut conjugal	Mariées : 7	Union libre : 3	Pacsée : 1
Durée du couple			
Entre 5 et 10 ans	1	3	1
Entre 25 et 35 ans	3		
Entre 40 et 42 ans	3		

→ Catégories socio-professionnelles

2 sont à la retraite, 1 artisan, 2 professions libérales et 6 cadres. Il y a une majorité de catégorie sociale intellectuelle supérieure. On peut se poser la question si dans ce milieu professionnel, la parole est-elle plus libre et facile à dire que dans les catégories populaires ?

→ Vie sexuelle

Elles sont toutes hétérosexuelles, 2 ont plusieurs partenaires sexuels, elles ont 51 et 59 ans et sont mariées depuis respectivement 31 et 26 ans.

→ Intérêt par rapport à l'étude

9/11 ont été intéressées par l'étude, 2/11 ont été gênées

D-SCORE JORGE ET WEXNER

4/11 ont surtout des fuites anales incontrôlées de gazs, 7/11 n'ont jamais eu d'incontinence anale de selles formées, 3/11 disent qu'il n'y a aucun retentissement sur la qualité de vie et 4/11 sur leur sexualité.

Le score de gravité présente une moyenne pour les 11 personnes de 7.64, c'est un score modéré d'incontinence anale.

Minime 0 à 4	Modérée 5 à 9	Important 10 à 16	Sévère 17 et plus
2	5	4	0

E-ECHELLE ANXIETE DEPRESSION HAD

2 disent souffrir de dépression dans l'auto questionnaire.

1 personne se dit dépressive dans l'auto questionnaire mais cela ne se vérifie pas avec l'échelle HAD. Sa souffrance doit toutefois être entendue et écoutée.

Il y a une grande variabilité des résultats suivant les personnes, les moyennes ne donnent aucun résultat significatif car elles donnent un score de 7.19 pour l'anxiété et un score de 3.36 pour la dépression. Dans les 2 cas, cela équivaut à une absence de symptomatologie au regard de l'échelle HAD.

Maintenant, si on regarde le résultat de chaque personne, 7/11 ont une absence de symptomatologie pour l'anxiété et 4/11 ont une symptomatologie douteuse. Pour la dépression, 10/11 ont une absence de symptomatologie et 1/11 symptomatologie douteuse.

On remarque que l'incontinence anale peut entraîner plus de symptomatologie anxieuse que de dépression. La personne qui a une symptomatologie dépressive douteuse a le plus fort taux pour la symptomatologie anxieuse douteuse. Les 3 personnes avec la symptomatologie anxieuse douteuse ont des taux inférieurs à 5 pour une absence de symptomatologie dépressive.

1 personne ne se présente pas comme dépressive mais présente un trouble de désir important. Parfois, le trouble de désir est le seul symptôme visible qui peut en cacher un autre.

F-VECU SUR LE CORPS

→ Image générale du corps

9/11 plus ou moins satisfait de son corps, 5/11 ont eu recours à la chirurgie esthétique, on note une influence des médias sur la vision du corps pour 10/11, les médias ont une place importante dans l'image inconsciente du corps idéal, l'apparition d'une perte de poids est vécue positivement pour 4 personnes/11. Aucune patiente ne présente de surpoids.

→ Corps hygiénique

Le corps est une source de soin quotidien pour les 11 personnes, la plupart prennent soin de leur corps en premier lieu par plaisir, par éducation et enfin par obligation, toutes les personnes utilisent des soins du corps.

→ Corps sportif

10/11 pratiquent 1 sport, 5 pratiquent le sport 2 à 3/semaine, plus de la moitié ressent de l'enthousiasme et un bien-être physique et moral, 1 personne ressent de la fatigue mentale. Pour 4 personnes, elles ressentent de l'anxiété s'il n'y a pas de pratique sportive.

→ Corps sensuel

Il est intéressant de noter qu'1 personne ne se sent pas sensuelle, 3 ne le savent pas. Et 1 personne qui se trouve sensuelle n'est pas décrite comme sensuelle par l'entourage. La question des 5 sens demande une proximité et une écoute de soi et des autres que tout le monde n'a pas, on peut toutefois noter que c'est le toucher puis l'odorat qui est le sens le plus développé mais que l'odorat n'est pas le sens le plus sensible pour aucune personne et qu'il est remplacé par le toucher et la vue.

5/11 ont un vécu corporel douloureux quotidien.

→ Corps sexuel

Fréquence des rapports sexuels	De 1 à 3 fois / semaine	1 fois/ mois
	9	2

La fréquence des rapports varie pour 9 personnes à 1 à 3/ semaine, pour 2 personnes il s'agit d'1/mois.

Fréquence de la masturbation	Jamais	De 1 à 2 fois/semaine	De 2 à 4 fois/ an
	3	5	3

8/11 pratiquent la masturbation, de 1 à 2/semaine pour 5 pers, de 2 à 4/ ans pour 3pers. 5/11 ne se sentent pas satisfaites sexuellement, 3 sont parfaitement satisfaites et 3 sont plutôt satisfaites.

Mais à la question suivante, « souffrez-vous d'une pathologie sexuelle? », nous avons seulement 4 personnes qui répondent non, donc il y a 7 personnes qui disent souffrir d'une pathologie, donc 4 personnes qui font un distinguo entre avoir des difficultés sexuelles et souffrir d'une pathologie... Parmi les pathologies, on relève dans un premier temps des troubles de désir et de l'orgasme pour chacune des 3 personnes, 2 pour des douleurs à la pénétration et 1 dit avoir des difficultés relationnelles. 1/11 a été victime d'abus sexuel à l'âge de 7 ans.

→ Corps érotique

11 aiment danser, 8/11 se sentent désirables mais 5/11 ne ressentent pas de désir envers leur partenaire, 2/11 disent ne jamais éprouver du plaisir physique ou psychique dans la journée.

7/11 des pers connaissaient l'existence de tous ces corps.

→ Liaisons

Il nous a paru intéressant de rapprocher certains items pour répondre à certaines questions.

- Nous avons choisi de répondre à la question : « les personnes qui aiment leur corps se masturbent-elles ? ».

Il apparait qu'une satisfaction minimum de son propre corps est nécessaire pour se masturber et que cette pratique est plus présente chez les personnes plutôt non satisfaites de leur corps et avec un taux d'anxiété plus élevé.

- Lien entre satisfaction du corps et troubles de désir : les troubles du désir sont plus présents chez les personnes plutôt non satisfaites de leur corps et qui se masturbent plus souvent.
- La satisfaction sexuelle et le sentiment de satisfaction de son propre corps dépendent l'un de l'autre dans la population observée.
- Le vécu de la sensualité est lié à la sensation d'être désirable car les personnes qui se sentent désirables se définissent comme des êtres sensuels.
- Nous notons un phénomène non négligeable d'influences des médias sur l'image du corps pour 10/11 : il y a un intérêt à démystifier l'anus. En parler librement dans les médias peut aider à libérer la parole.
- Distinguo entre symptômes et plaintes. On peut avoir une patiente avec des symptômes sexuels sans plainte et des plaintes sans symptômes, avec une satisfaction conjugale sans satisfaction sexuelle et inversement.

Ces questionnaires portant sur le vécu du corps, la corporéité, mettent en relief que le corps, trop souvent oublié, peut refléter la vie intérieure d'une personne. La satisfaction de son propre corps ne semble pas être corrélée à la gravité de l'incontinence anale mais dépend de beaucoup de facteurs tels que les sensibilités aux influences des médias, les événements traumatiques extérieurs, la qualité de la vie sexuelle active, les liens relationnels conjugaux etc...

G-VECU SUR LA SEXUALITE – ANALYSE DU BISF-W

Les dysfonctions sexuelles peuvent être d'ordre :

- psychologiques avec une baisse ou une absence de désir,
- physiologiques avec une baisse ou une absence d'excitation, et,
- physiques avec des problèmes affectant la sexualité comme les douleurs et les dyspareunies.

Les données sont visualisées sur le tableau ci-dessous. Ils sont compris entre -16 et 75.

	Pensées Désir	Excitation	Fréquence activité	Réceptivité Initiative	Plaisir Orgasme	Satisfaction relationnelle	Problèmes affectant la sexualité
P1	4.28	0.25	0.25	0	0	2	3.625
P2	0.28	3	2	4	0	6	8.875
P3	2.31	0.25	0.25	0	0	12	1
P4	4.43	5	3.25	7	3.25	5	5.9
P5	3.14	6.75	4	7	4.75	8	8.375
P6	0.57	5.75	1	8	5	6	0
P7	4.57	6.75	3.25	9	6.25	8	6.025
P8	4.43	5.25	1.5	11	5	10	2
P9	7.28	8.25	5.75	9	6.75	8	6.025
P10	9.14	9.75	4	13	5	10	5.225
P11	7.43	10	4.25	11	9	10	1

Moyenne du Bisf-W

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
3.155	6.405	13.81	22.03	25.265	26.32	31.197	35.18	39.005	46.665	50.68

	Score élevée	Score moyen	Score bas	Score nul
Pensées désir : psycho	3	5	3	
Excitation : physio	3	6	2	
Fréq activité	4	5	2	
Réceptivité initiative	3	5	1	2
Plaisir orgasme	3	5		3
Satisfaction relationnelle : émotions	4	6	1	
Problèmes affectant la sexualité : physique	2	5	3	1

Pour 3/11, peu de modification et bon score dans tous les domaines.

Pour 3/11, on note de nombreux dysfonctionnements, voir une absence d'orgasme pour 3 patientes. Et parmi ces 3 patientes, 2 patientes disent ne jamais prendre l'initiative de la relation sexuelle.

Pour 5/11, soit la moitié de l'échantillon, le score reste moyen.

1 a vécu un abus sexuel à l'âge de 7 ans, le score global est moyen mais nous notons un mauvais score pour les pensées et le désir ainsi que pour le plaisir et l'orgasme. Cette patiente a une image très négative de son corps, surtout de son petit bassin.

2 patientes dans la tranche d'âge 50/65 ans, en couple depuis plus de 15 ans, l'apparition de l'incontinence anale a été un facteur déclenchant de baisse d'activité sexuelle. L'incontinence anale est vécue comme dégradante et difficile à vivre.

2 patientes de la tranche d'âge 50/65 ans, par contre, ont une sexualité épanouie avec un bon score, elles semblent être bien dans leurs corps, en lien avec leurs périnéés pendant la sexualité, ces femmes ménopausées et actives sexuellement ont la particularité d'avoir plusieurs partenaires sexuels.

1 patiente présente un bon score de satisfaction relationnelle sur un mauvais score global et le taux le plus bas en termes de désir et de pensées.

Parmi les 2 patientes avec le score le plus élevé concernant les problèmes affectant la sexualité, nous avons la patiente de 35 ans, qui a subi un viol, et la patiente de 65 ans avec un effondrement du score pensées-désir, le sensoriel interactif a été mis en cage. Dans les deux cas, il y a pourtant un bon score de satisfaction relationnelle et conjugale.

1 patiente dit ne pas avoir de problèmes affectant la sexualité lors de l'entretien alors que son taux global BISF-W est bas.

Ci-dessous, voici un tableau regroupant les différentes formes de sexualité des patientes depuis leur diagnostic d'incontinence anale :

	Sexualité fortement diminuée et dégradée	Sexualité diminuée et dégradée	Sexualité inchangée	Sexualité augmentée et améliorée
Nombre de patientes	3	5	1	2

H-ANALYSE DE L'ENTRETIEN SEMI-QUALITATIF

Le choix du questionnaire est guidé par la possibilité d'interroger en même temps la satisfaction relationnelle et les problèmes pouvant influencer sur l'activité sexuelle.

1. Pouvez-vous parler de vos problèmes d'incontinence anale à votre partenaire et comment cela se passe-t-il pour vous ?

« Je ne lui ai jamais caché mes difficultés » pour 6/11.

« Aucune honte » pour 6/11, pour 1 personne aucune honte car « déficience mécanique donc réparable ».

En parle si besoin d'aller au wc rapidement, ce n'est « pas un sujet quotidien ».

« Agacement » du partenaire face à un « sentiment d'impuissance ».

Met mal à l'aise le partenaire, ne pose pas de questions et cela tourne souvent à la « moquerie ».

Partenaire compréhensif, aucune gêne, peut en parler librement.

Pour 4/11, le partenaire n'est volontairement pas mis au courant. Car « honte » et « gênant ».

2. Est-ce facile pour vous d'en parler autour de vous et avec qui aimeriez-vous pouvoir parler de vos problèmes d'incontinence anale ?

Pour 6/11 c'est « plutôt facile » d'en parler autour de soi, et ce sont les mêmes 6/11 qui parlent facilement à leurs partenaires.

1 en parle « plutôt à un entourage féminin », sœurs amies ou médecin femme.

1 a pris confiance grâce aux « échanges avec les professionnels de santé ».

1 en parle dans son « milieu professionnel », pour plus de « compréhension » dans les attitudes au travail, aller au WC plus souvent, adaptation du poste de travail indispensable, la responsable est au courant et compréhensive du fait des pauses régulières pour aller aux WC.

En parle « que si on lui pose la question », ne devance pas le sujet.

La personne dont le compagnon est mal à l'aise peut « plus facilement en parler avec ses amants qu'avec son compagnon ».

1 seule n'en parle « qu'entres femmes seulement ».

1 personne aurait souhaité que le problème soit « pris à temps plus tôt » et que les professionnels de santé lui « posent des questions ». En effet, elle a attendu 2 ans pour arriver à en parler car personne auparavant ne lui avait posé la question et elle n'osait pas en parler.

3. Comment vous sentez vous dans votre corps depuis l'incontinence anale ?

Les mots qui reviennent au cours des entretiens : « perte de confiance en soi », « perte d'estime de soi », « stress », « inquiétude », « honte », « gêne », « perte de sérénité », « mal dans sa peau », « se sent sale », « une forte envie de pleurer ».

Certaines ont besoin de « se rassurer en faisant les exercices du périnée », de « se rassurer grâce aux explications données par les professionnels ».

Se sent « mieux » grâce à une meilleure gestion du régime alimentaire.

Un « choc » mais une crise peut être un moment fécond, se prendre en main, choyer son corps, « retrouver une féminité perdue », c'est à la suite de ce choc que la personne a rencontré ses amants avec qui elle redécouvre une sexualité, comme un « brûlant désir de vivre sa vie au présent ».

5/11 ont présenté des difficultés au départ mais une bonne résilience pour affronter le handicap.

Pour 6/11, cela pose toujours un problème.

4. Comment pouvez-vous définir votre identité féminine depuis les troubles d'incontinence anale ?

On cherche les effets des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi.

Ce qui ressort c'est « la perte de féminité » pour 8/11.

De nombreuses raisons somatiques comme les « problèmes d'hygiène » sont responsables des atteintes sur l'image de soi pour 11/11.

On note des difficultés à retrouver ses repères psychiques et corporels.

« Je ne me reconnais plus », « je ne me sens plus la même personne », « j'ai changé ».

3/11 ont « peur d'être rejetée sexuellement » par leur partenaire.

Il se dégage :

-un fort sentiment de peur, d'insécurité, de stress, « peur de sortir », « sur ses gardes »

-un sentiment de perte de contrôle et une atteinte de la confiance en soi, « je ne suis plus sûre de moi, je ne contrôle plus, c'est mon corps qui décide et me fait des tours », « je me sens nulle »

-un sentiment triste, de « ne plus arriver à faire ce que je veux »

-un sentiment de gêne et de dérangement, « je fais du bruit en marchant », « ça sent », « c'est pas rigolo »

-un sentiment de crispation, d'énervement « je suis bloquée », « ça m'énerve », « je suis crispée », je me sens irritable »

-un sentiment de vieillesse, de dégradation du corps « corps vieilli », « sale », « dégoût », sensations corporelles dégradantes et désagréables, fuites incontrôlées et imprévisibles avec une absence de contrôle

5/11 se sentent « moins attirante » et présentent une « retenue dans le couple ».

Il y a une nette entrave à la féminité, « je ne suis plus attirante ».

On observe aussi des entraves à la possibilité de sortir, inquiétude de savoir où se situent les toilettes les plus proches, « je réfléchis à 2 fois avant de sortir », « je dois m'organiser », « trop compliqué », « je ne peux plus le faire ».

On note cependant qu'il n'y a aucune atteinte de l'image de soi pour 2 patientes « j'ai accepté », « je m'adapte », « je fais avec », « j'aime toujours mon corps », 1 personne suite à ce choc « n'a jamais autant séduit les hommes que maintenant ».

5. Comment définiriez-vous votre désir aujourd'hui ?

On cherche les effets sur le vécu sexuel.

On observe des troubles de désir et moins de satisfaction sexuelle pour 8/11 avec « moins d'épanouissement ».

1 personne, de plus de 65 ans, avait depuis toujours des troubles de désir même avant l'apparition des troubles d'incontinence anale, « aucun impact de plus », vulnérabilité primaire du trouble du désir, cette même personne disant de son désir qu' il est « nul », que « ça a toujours été comme cela ».

Pour 7/11, on remarque une perte du pouvoir de séduction, du désir et d'envie de passer à l'acte, avec une perte de la « spontanéité des rapports », « je ne vais plus vers mon compagnon », « je le repousse », « je n'ai plus envie de faire des efforts », « je n'ai plus envie d'être coquette », cette perte de spontanéité paraît comme un élément freinateur dans le bien être sexuel.

Il y a pour ces 7/11, une altération de la capacité de séduction et de l'image corporelle, qui entraîne une inhibition de désir.

L'évitement sexuel est très important chez 6/11 et entraîne des conjugopathies secondaires.

La « peur de l'accident », la « gêne » et « l'appréhension d'avoir un épisode d'incontinence anale pendant le rapport sexuel » vont entraîner un autocontrôle permanent incompatible au lâcher prise nécessaire à la montée du plaisir et à l'orgasme, principalement chez la femme.

Les « douleurs » et les « sensations corporelles désagréables » entraînant un manque de sensations corporelles.

Il y a des représentations erronées avec parfois un manque de représentation sur les zones atteintes et une mauvaise image de soi.

Pour 1/11, « je reste souvent sur ma faim » lié à un problème de sensibilité vaginale (due à l'accouchement) et non pas liée directement aux conséquences de l'incontinence anale mais arrive à trouver des adaptations au changement en stimulant d'autres sources de plaisir.

1 personne ne présente aucune modification du désir car selon elle, cela vient du fait qu'elle a toujours « une relation de confiance avec son partenaire ».

1 personne présente une meilleure satisfaction sexuelle qu'avant, une « revanche » liée à son âge et à son incontinence anale, « plus de désir qu'avant » car souhaite « rattraper le temps perdu » avec la sensation « d'une urgence à vivre ».

6- Comment qualifiez-vous votre entente conjugale avec votre partenaire depuis les troubles d'incontinence anale ? Quel type de relation avez-vous ?

Complicité et rapprochement autour de l'incontinence anale mais lors des disputes, utilisation de cette « faiblesse », d'une faille, pour faire mal, avec des « moqueries » de la part du partenaire.

Un partenaire qui ne pose pas de questions, ne s'intéresse pas à la santé de sa femme, absence de curiosité du partenaire, la patiente « se sent isolée ».

« Mon mari accepte » pour 4/11.

7- Comment qualifiez-vous votre entente sexuelle avec votre partenaire depuis les troubles d'incontinence anale ?-

Il s'agit d'« essayer de ne pas y penser », la politique de l'autruche, croire qu'en n'en parlant pas, ça va aller mieux....

« Nulle », cette personne est celle qui nous a dit que son désir était également « nul ».

2 patientes, dans la tranche 35/50 ans, disent s'inquiéter quant à la satisfaction sexuelle de son partenaire, « peur qu'il aille voir ailleurs ».

Pour 1 patiente, la relation de couple est longue, 32 ans de mariage, « il s'agit d'un rdv conventionnel d'1fois/semaine », la baisse de l'entente sexuelle est liée à l'usure du couple et non pas liée à l'incontinence anale. Cette même personne a, cependant, une relation extra conjugale sexuelle épanouissante.

« L'attention que me porte le partenaire efface les gênes » et permet l'accès au plaisir « sans complexe ».

« Gênant quand des selles arrivent pendant les rapports ».

Aucun impact pour 3/11 où « tout va bien ».

1 personne a fait part de ses hémorroïdes, elle n'exprime pas de problème de désir mais « blocage » si « rapports imprévus » car perte de contrôle du fait d'un lavement non fait d'où intérêt de l'accompagnement du conjoint.

5/11 ont besoin de programmer les rapports et de contrôler la situation mais 6/11 peuvent continuer à avoir des rapports sexuels imprévus.

5/11 font des « lavements » avant chaque rapport.

Les rapports sexuels sont « plus facile » et « plus épanouissant avec son amant » car amant rencontré alors que déjà problème d'incontinence anale tandis qu'avec son mari, changement à opérer plus compliqué donc « préfère ne pas en parler avec lui ».

I-TABOU

10 personnes ont quelque chose qui les empêche de parler :

- 3 à cause de la gêne,
- 2 à cause de la honte,
- 2 à cause du dégoût,
- 3 ne savent pas à qui en parler,
- 4/11 se sentent seule et incomprise (1 souvent, 3 parfois),
- 7/11 ont toutefois pu en parler à un professionnel de santé (5 au kinésithérapeute, 1 la gynécologue, 1 la proctologue),
- 4/11 ont pu trouver facilement sur internet des informations sur l'incontinence anale. Internet se trouvant être le premier portail d'informations pour les patientes,
- 4/11 ont l'impression d'être seule face à ce handicap.

La question que nous pouvons nous poser c'est de savoir quel serait le moment le plus opportun pour parler d'incontinence anale et de sexualité avec nos patientes.

Des patientes, que j'ai eues en consultation avec une ordonnance pour une rééducation périnéale dite « classique » (rééducation périnéale seulement vaginale et pas anale), ont eu le courage de me dire ce qu'elles n'avaient auparavant jamais osé dire auparavant. Pour 5/11, c'est au décours de nos premiers entretiens, car nous avons été pro-active, qu'elles ont pu nous dire qu'elles souffraient d'incontinence anale. S'est ensuivi donc une prise en charge ciblée sur l'incontinence anale.

A qui pouvoir en parler la première fois ?

kinésithérapeute	gynécologue	proctologue	Internet
5	1	1	4

Temps de délai pour pouvoir parler des problèmes d'incontinence anale

à partir du 1^{er} épisode d'incontinence d'anale

-de 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Plus de 2 ans
6	2	1	1	1

Parmi les résistances, nous notons que 8/11 aurait souhaité que ce soit le professionnel qui en parle le premier. Par ailleurs, il y a également une difficulté à parler de l'incontinence anale compte tenu du fait que qu'il faille aussi parler des selles, double peine.

« Pensez-vous que la sodomie puisse être en lien avec l'incontinence anale ? »

Sodomie	Facteur favorisant	Facteur indépendant	Ne sait pas
Nombre de personnes	3	6	2

3/11 pensent que la sodomie peut être un facteur favorisant l'incontinence anale, 6/11 pensent que non et 2/11 ne savent pas.

J-IMPACT RELATIONNEL

Pour 1/11, c'est un frein pour les relations familiales, 2/11 pour les relations sociales, 5/11 pour les sorties, il y a nettement un isolement en lien avec l'incontinence anale, 1 personne est en arrêt de travail à cause de l'incontinence anale avec suivi psychologique en structure hospitalière.

6/11 disent que l'incontinence anale a entraîné une modification de leur vie sexuelle, 3 par gêne, 2 par peur, 2 par anxiété, 2 par pertes d'envie, 1 par dégoût et 1 par pudeur.

6/11 continuent toutefois à avoir des rapports sexuels imprévus. Cela est détaillé lors de l'analyse du BISF-W.

Nous pouvons dire qu'effectivement « ce qui tue le sexe, c'est l'absence de relation ».

K-LIAISONS ENTRE LES DIFFERENTS QUESTIONNAIRES

On observe de nombreuses différences entre score d'incontinence anale (score Jorge et Wexner) et qualité de vie, en effet celle-ci n'est pas forcément corrélée à la gravité de l'incontinence anale mais à d'autres facteurs de vulnérabilités que l'on retrouve dans l'échelle HAD.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
Score de Jorge et Wexner	4	10	10	5	7	8	1	8	13	11	7
Age	67	66	66	50	39	59	33	35	54	59	51
Durée de vie de couple	35	41	42	6	7	40	6	6	4	26	31
Viol	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non
Images négatives sur la sexualité	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non
Anxiété	7	14	8	2	11	6	5	10	11	3	2
Dépression	0	11	2	2	3	5	2	6	1	4	1
Orgasme	non	non	non	oui							
Temps pour parler	1	5	2	2	4	1	1	1	1	2	1

La personne qui a mis 4 ans pour arriver à parler de son incontinence anale est « habituée » à vivre dans le secret puisque c'est cette même personne qui a subi un viol à l'âge de 7 ans.

Les 3/11 durée de couple 40, 31 et 26 ans de couple. Elles ont respectivement 68,51 et 59 ans. Ancienneté des troubles, 2 ans, 5 ans et 1an. Le score de Jorge et Wexner 8, 11,7, anxiété 6,3, 2 et dépression 5, 4, 1. Elles présentent un bon score de BISF-W.

Au vu de ces résultats, il semblerait que :

- ➔ La durée de couple soit un facteur de résilience à la fois sur l'adaptation organique et la réappropriation de son corps et sur l'adaptation psycho-sexuelle avec la réappropriation de l'érotisation. En sachant que pour 2 d'entre elles, elles ont des relations extra conjugales. La durée de couple n'est pas à elle seule un facteur de résilience puisque pour 3/11 avec des durées de couple de 42,41 et 35 ans, on note un mauvais score de BISF-W.
- ➔ La symptomatologie anxieuse et dépressive soit visiblement un frein dans la résilience.
- ➔ La gravité du score de Jorge et Wexner ne soit pas corrélée à l'absence de satisfaction sexuelle.
- ➔ La pratique de la masturbation, dans notre étude, soit un reflet de non satisfaction du corps et sexuelle dans le couple. 2/3 se masturbent 1/semaine et 1 entre 2 et 3/semaine. Et ce sont celles qui se masturbent le plus fréquemment qui ont le moins de rapports sexuels, comme si il s'agissait de combler un vide narcissique avec un besoin de réassurance.

L'incontinence anale ne semble pas être un frein pour l'autoérotisme.

- ➔ 5/11 aient un vécu corporel quotidien douloureux. Sur ces 5 personnes, 4/5 ont une symptomatologie douteuse pour l'anxiété à l'échelle HAD et ce sont les mêmes personnes qui disent ressentir de l'anxiété si elles ne font pas de sport.

Ces 5/11 ont un score bas au BISF-W. En effet, elles disent ne pas être satisfaite sexuellement mais seulement 3/5 présentent des dysfonctions sexuelles, pour les 2/5 qui ne présentent pas de dysfonctions sexuelles, il s'agit d'un manque de satisfaction conjugale à l'origine du manque de satisfaction sexuelle.

- ➔ 6/11 parlent de leurs problèmes d'incontinence anale sans honte ni tabou à leur partenaire, et sur ces 6/11, seulement 3/6 ont un bon score BISF-W et une satisfaction sexuelle et conjugale.

Pour les 3 autres, nous pouvons noter qu'il y a une dysfonction dans la relation de couple et avec le partenaire avec un partenaire peu réceptif, peu à l'écoute, ou partenaire lui-même gêné, qui peut se moquer ou paraître indifférent ne sachant comment faire.

Par ailleurs :

- ➔ On note une corrélation positive entre score dépression et BISF-W mais négative entre anxiété et BISF-W, comme si l'anxiété pouvait augmenter le besoin d'avoir des rapports sexuels plus fréquents.
- ➔ On note une corrélation négative entre score Jorge et Wexner et BISF-W, Jorge et Wexner et dépression.
- ➔ On note une corrélation positive entre score Jorge et Wexner et anxiété, plus le score est élevé, plus l'anxiété est importante.
- ➔ On note une corrélation significative entre l'altération de l'image corporelle et la relation à l'autre, entre image du corps et image de soi positive. Une étude montre également cette corrélation que l'on peut retrouver aussi dans les cancers (Wallwiener et 2016).
- ➔ On note, enfin, une corrélation entre l'altération de l'image corporelle et certaines dimensions du BISF-W comme le désir, l'orgasme et les problèmes affectant la sexualité.
- ➔ Les patientes insatisfaites expriment beaucoup plus de sentiments négatifs (tristesse, peur, plainte, colère, retrait, etc...) que de sentiments positifs que l'on retrouve chez les patientes ayant une bonne santé sexuelle (intérêt, affection, humour, joie, plaisir, écoute etc...).

→ Tableau regroupant 2 cas cliniques

Patiente de 51 ans	Patiente de 66 ans
Incontinence anale, score de 7	Incontinence anale, score de 10
En couple mariée depuis 31 ans	En couple mariée depuis 41 ans
Sexualité améliorée depuis le diagnostic	Sexualité dégradée depuis le diagnostic
<p>-Organicité : relation à soi, à son corps relation à l'autre, bonne estime du corps</p> <p>-Demande d'aide : en recherche de connaissances, souhaite des conseils pour améliorer son image corporelle</p> <p>-Relationnel : habiletés de communication, se déclare proche de son partenaire, ressent un élan vital</p> <p>-Activité cognitive : capacités d'habiletés au changement, anxiété à 2, dépression à 1, bonne estime de soi</p> <p>-Mode d'excitation sexuelle adaptée : Habilités érotiques</p> <p>Relations multi-partenaires</p> <p>Etre dans le savoir être et pas dans le savoir faire</p> <p>-Séduction, intimité</p> <p>-Temps de parole : 1 an</p>	<p>-Organicité : ne supporte pas l'incontinence anale, très anxiogène pour elle, très mauvaise image corporelle (« ca sent mauvais »), elle évite l'intimité avec son mari, elle ne veut pas qu'il la voit comme « ça », mauvaise estime du corps</p> <p>-Absence de demande spontanée d'aide : signes de souffrance</p> <p>-Relationnel : isolement social, ne sort que pour les courses et le minimum, dysfonctions relationnelles, beaucoup de peur</p> <p>-Activité cognitive : distraction cognitive, Evitement de soi, refus de se voir telle qu'elle est, peu de capacités d'habiletés au changement, anxiété à 14, dépression à 11, Mauvaise estime de soi</p> <p>-Mode d'excitation sexuelle inadapté : Pauvreté des scripts sexuels, absence d'orgasme primaire, dyspareunies</p> <p>-Refuse l'intimité</p> <p>-Temps de parole : 5 ans</p>

L-LES VULNERABILITES PRIMAIRES – LES VULNERABILITES CONSTITUTIONNELLES, AFFECTIVES ET PSYCHOLOGIQUES

Il y a une relation significative entre types d'attachement dysfonctionnels et symptomatologie sexuelle. Nous avons des troubles de l'attachement :

- ➔ avec peur d'abandon et relation de dépendance avec attitude d'évitement (Brassard, 2013),
- ➔ des syndromes anxieux (Kaplan 1975, Granot, 2011),
- ➔ des troubles de la construction de l'image de soi et du sentiment d'identité (Brennan, 1997) entraînant
- ➔ des dysfonctions d'intimité et de séduction (Colson, 2008, Ciocca, 2015),
- ➔ des tabous et cognitions négatives (Hautekeete, 1997),
- ➔ des représentations menaçantes de la masculinité (Colson, 2014),
- ➔ des abus sexuels et des violences (Sawers and Durlaks, 1995).

Ces vulnérabilités primaires concernent deux patientes, la patiente de 66 ans et la patiente de 39 ans qui a été victime d'un viol à l'âge de 7ans. Ce sont les 2 patientes de l'étude qui ont mis le plus de temps à parler de leur incontinence anale, respectivement 5 et 4 ans.

Ces vulnérabilités primaires peuvent aussi concerner le partenaire qui peut présenter des maladresses et des inexpériences sexuelles.

Les troubles primaires sont plus difficiles d'accès que les troubles secondaires.

M-LES VULNERABILITES SECONDAIRES-LES STRESSEURS ET LES DYSFONCTIONS DE COMMUNICATION

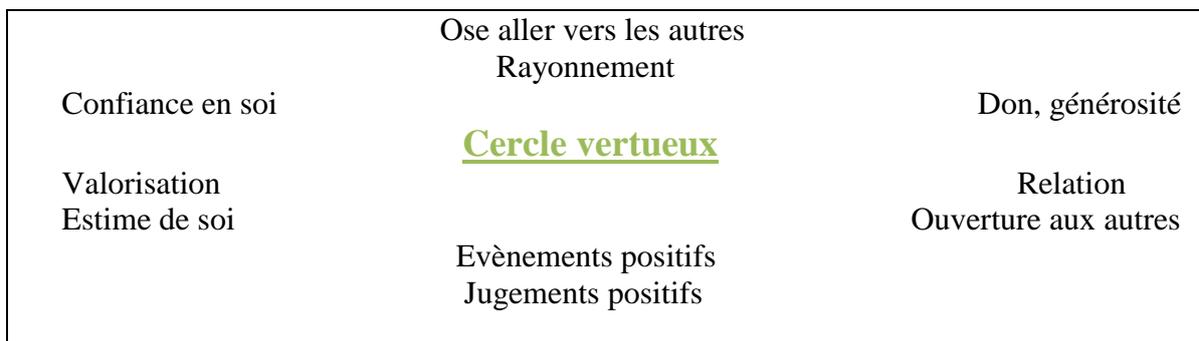
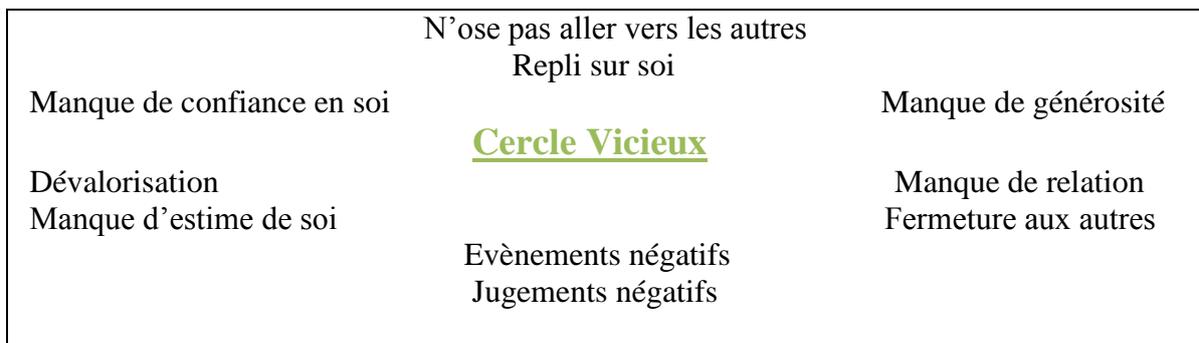
Nous avons :

- ➔ les stressseurs occasionnels (rythmes de vie, peu de possibilités de rencontre et de partage d'intimité, parentalités, épreuves de vie, deuils...),
- ➔ les stressseurs permanents comme les maladies et fatigue chronique, ainsi que,
- ➔ les dysfonctions sexuelle causale (dyspareunies, dysorgasmie...), et
- ➔ les dysfonctions de communication, avec l'importance du sentiment amoureux dans la sexualité (Murray, 2008).
- ➔ Davantage de dysfonctions sexuelles dans les couples avec conjugopathies (Trudel, 1992) et on observe une relation importante entre dysfonction de désir et dysfonctions de communication dans le couple (Mark, 2014).

N-CERCLE VICIEUX ET VERTUEUX DE LA CONFIANCE

Echec -> focalisation sur l'échec -> angoisses de performance -> anticipation négative -> évitement -> échec

- ➔ Modèle peur/évitement : pour certaines de nos patientes, nous observons un modèle peur/évitement bien ancré qui a des répercussions sur la satisfaction conjugale et sexuelle.
- ➔ Angoisse de performance, pour les patientes avec un contrôle permanent, pas de lâcher prise possible, pas d'orgasme possible.
- ➔ Anticipation négative pour les patientes: je ne vais pas y arriver, il va me quitter.
- ➔ Evitement pour les patientes: je suis nulle, je ne veux pas le voir.



DISCUSSION

Concernant la prévalence des troubles sexuels dans notre étude, nous pouvons dire que nous retrouvons une diminution du désir, des pensées sexuelles, du plaisir (difficulté au lâcher prise et à obtenir un orgasme) et de la fréquence des rapports.

Lamb et al, 1995, retrouve des troubles de désir à hauteur de 64% dans les pathologies urinaires. Nous n'avons retrouvé que très peu d'études, pour le moment, pour l'incontinence anale.

La prévalence des troubles de la fonction sexuelle chez les patientes incontinentes anales de notre étude est à rapprocher d'une autre étude sur l'évaluation de la fonction sexuelle chez les femmes consultant pour un premier épisode dépressif majeur (Hamzoui, 2016). En effet, on retrouve également une altération des troubles de désir, de l'orgasme et une diminution de la fréquence des rapports sexuels.

Les chiffres de la prévalence des dysfonctions sexuelles féminines dans la population générale sont variables selon les enquêtes, allant de 7 à 43% des femmes de 18 à 65 ans. Cette grande variabilité des chiffres est due à la variabilité des définitions utilisées et des méthodologies d'évaluation. Une étude montre que jusqu'à 55% des femmes françaises disent connaître ou avoir déjà été confrontées à des difficultés sexuelles. On retrouve 45% de troubles de désir, 16% d'anorgasmie, 16% de dyspareunies et 6% de vaginisme (Colson, 2006). Cette prévalence est plus élevée en cas de pathologies somatiques et psychologiques (Courtois, 2016).

Nous retrouvons également une sensation de perte de féminité et une dégradation de l'image du corps. A ce jour, une seule étude parle de l'impact d'une lésion du sphincter anal sur l'estime du corps (Iles, 2017). Dans cette étude, les changements d'image corporelle sont retrouvés chez 50% des patientes sur un panel de 422 femmes. L'étude a cependant plusieurs limites, mais elle met en évidence les problèmes psychosociaux significatifs de l'estime de soi négative et des changements de personnalité associés à un changement perçu de l'image corporelle qui n'a pas été rapporté précédemment.

Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons distinguer trois groupes de patientes parmi les 11 femmes incontinentes anales.

→ Le premier groupe des « jeunes »

Il se compose des trois femmes âgées de 33 à 39 ans, on retrouve un net facteur d'anxiété pour deux patientes, avec la peur que le conjoint ne supporte pas le handicap et finisse par les quitter, et une baisse de la satisfaction sexuelle en rapport avec une chute des pensées sexuelles, elle-même liée à la parentalité, la carrière professionnelle et l'absence de temps pour se retrouver.

Ces trois patientes ont toutes des enfants en bas âge, or nous savons que l'incontinence anale demande à prendre du temps pour s'occuper de soi, de son corps, à être disponible pour soi. Or dans la jeune parentalité, le temps et l'énergie sont souvent consacrés à l'enfant.

On peut noter chez chacune de ces patientes une incidence sur la mise en place du lien mère enfant et sur la santé mentale.

Améliorer la prise en charge globale de ces patientes permet également d'améliorer la relation mère-enfant.

Il n'y a cependant pas d'impact de l'incontinence anale sur le plaisir ni sur la satisfaction conjugale.

Une patiente de ce groupe a été violée à l'âge de 7 ans, c'est la deuxième personne de l'étude qui a mis le plus de temps pour arriver à parler de ses troubles d'incontinence anale, soit 4 ans. Nous pouvons donc signaler que le poids du secret et des faux semblants ne permet pas à la patiente de se libérer facilement et de mettre des mots sur ses maux. Ce qui a pour effet délétère de retarder la prise en charge de l'incontinence anale avec toutes les conséquences possibles sur l'isolement familial, social et professionnel.

Nous pouvons faire le lien entre le temps de parole avec la gravité du score HAD et la satisfaction du corps mais pas avec le score de gravité de l'incontinence anale.

En effet, ce qui marque la difficulté des patientes à pouvoir parler de leurs difficultés d'incontinence anale, ce n'est pas le score de gravité de Jorge et Wexner, mais plutôt un mauvais score d'anxiété et de dépression et une mauvaise image de soi. Il a été démontré que les patients déprimés et anxieux développent 2 à 3 fois plus de dysfonctions sexuelles que les personnes non déprimées (Baldwin, 1996).

Les épisodes dépressifs et anxieux ont un impact négatif sur la sexualité ce qui contribue au tableau clinique, tel un cercle vicieux, (Bonierbale, 2003).

Les patientes entre 35 et 50 ans sont celles qui obtiennent au BISF-W un taux plus élevé. Si nous mettons ces résultats en perspective avec l'enquête réalisée par Nathalie Bajos et Michel Bozon (Enquête sur la Sexualité en France – 2008), cette tranche d'âge est celle qui a le moins de difficultés sexuelle. On note que dans l'enquête, l'absence ou l'insuffisance de désir est une difficulté sexuelle apparaissant à cet âge de la vie. Il n'en reste pas moins que cette période représente une phase d'épanouissement de la sexualité. En effet, les femmes semblent mieux se connaître corporellement, être plus à l'aise avec leur corps et elles ont de bonnes capacités musculaires.

Globalement les patientes de cette tranche d'âge semblent être informées et à l'aise avec leur intériorité génitale. Nous reprendrons les propos de Christine Michel-Schweitzer « ces femmes nous donnent la sensation qu'elles sont bien installées dans leur fauteuil impérial (image symbolique du périnée) », (Schweitzer, 2005).

➔ Le deuxième groupe

Il se compose de cinq femmes âgées de 50 à 59 ans, avec un fort score de gravité de l'incontinence anale, compris entre 7 et 11, mais pourtant peu de dépression ni d'anxiété, sauf pour une patiente qui se détache avec un fort taux de dépression.

C'est le groupe qui présente le plus de facteurs de résilience et d'adaptation au handicap.

Les femmes ont tous des relations longues comprises entre 6, 4, 26, 31 et 40 ans de vie conjugale. Les enfants sont partis du nid familial, les patientes se retrouvent avec elles-mêmes et ont plus de temps pour s'occuper d'elle dans une relation longue et sécurisée avec un partenaire qui ne risque pas de partir face à l'incontinence anale de leur conjointe.

Pour deux femmes, cela a même été le cap pour entretenir des relations extra conjugales satisfaisantes. Ce groupe manifeste toujours autant de désir, une bonne réceptivité à la relation intime et une satisfaction conjugale satisfaisante du fait de la satisfaction relationnelle.

Deux patientes au même score d'incontinence anale élevée, les plus élevées de l'étude 11 et 13, présentent pour l'une une dépression, durée de couple la plus faible de l'étude, quatre ans, alors que pour l'autre, pas de dépression et une durée de couple de vingt-six ans et un multi partenariat assumé.

Les 3 femmes qui ont obtenu les meilleurs scores Bisf-W ont entre 50 et 59 ans. Elles ont développé toutes les 3 un « périnée sexuel » (Parpaix, 2010), ce sont elles qui obtiennent le meilleur score pour les pensées-désir, excitation, fréquence activité, initiative, orgasme et satisfaction relationnelle. 1 parmi les 3 par contre présente des problèmes affectant la sexualité mais cela n'a pas d'incidence sur son plaisir. Ces 30 dernières années ont vu une augmentation importante de la part des femmes qui ont une activité sexuelle après 50 ans (90% en 2006, 50% en 1970 selon l'enquête de Bajos et Bozon, 2008 enquête sur la sexualité en France).

Une étude montre le lien entre composante musculaire du périnée et capacité des patientes à le percevoir, le périnée des femmes étant le témoin de son rapport au corps (Montella, 2018).

Notre étude met en relief le lien entre bonnes capacités périnéales (capacités de perception et compétences musculaires) et satisfaction sexuelle mais il ne se réduit pas uniquement à cela car nous pouvons noter des incohérences. Comme une patiente avec un score d'incontinence anale élevée et pourtant un bon score BISF-W et nous avons aussi l'inverse, un score d'incontinence anale faible avec un score BISF-W bas. Ce qui différencie ces 2 patientes, c'est le score obtenu pour la dépression et la relation conjugale.

L'impact de l'image du corps sur le score BISF-W est plus important que la gravité de l'incontinence anale. L'altération de la perception de leur image corporelle a plus d'impact que les problèmes anatomiques. En effet, l'image de soi va de pair avec la satisfaction sexuelle. On peut noter une perte de repères au niveau du sentiment d'individuation, notamment dans le premier groupe des « jeunes » où la féminité est mise à mal par l'incontinence anale.

On peut travailler les images, les défauts de représentations de son corps et les limites du corps pour recentrer la patiente sur soi. Dolto image du corps « représentation immanente inconsciente où se source notre désir » (1984).

En tant que périnéologue et kinésithérapeute, la rééducation périnéale peut apporter certains bénéfices comme l'amélioration du ressenti de la fonction périnéale et donc du confort périnéal. Etre bien avec soi-même pour être bien avec l'autre est un élément clé à la satisfaction sexuelle et conjugale.

La rééducation permet un travail sur le corps avec de la tonification, du renforcement, l'acquisition de meilleures sensations, une amélioration du contrôle de son périnée, une reprise en main de son corps, une visualisation au bio feed back, une amélioration des perceptions corporelles et du plaisir sexuel, plus de facilité au lâcher prise et moins de sensations douloureuses. L'efficacité de la rééducation a été plusieurs fois démontrée et n'est plus à faire (Bellon, 1988), (Bartlett, 2015).

→ Le troisième groupe

Il est composé de trois femmes âgées de 65 à 67 ans.

Il est le groupe qui présente le taux BISF-W le plus bas de l'étude.

On constate une baisse des pensées sexuelles, mais ce qui ressort surtout dans ce groupe, ce sont les images et cognitions négatives qu'elles portent sur la sexualité, une absence d'orgasme et un effondrement de la satisfaction sexuelle.

La sexualité pour ces trois femmes a toujours été taboue, elles ont vécu pourtant l'entrée dans la vie sexuelle après le mouvement de 1968. Pour ces femmes, la sexualité reste liée à la procréation avec un modèle peur/éviter de la relation sexuelle bien ancrée.

Pour deux femmes, il y a aussi un effondrement de la satisfaction conjugale avec une durée de vie de couple de 41 et 42 ans. Une durée de couple telle qu'il n'y a plus l'intimité nécessaire à la satisfaction personnelle car les aléas de la vie ont fait que chacun a tracé sa route mais le couple a toutefois choisi de rester ensemble pour confort personnel, familial et amical.

1 patiente de plus de 65 ans présente le plus mauvais score global au BISF-W et un score de dépression élevée. Elle est en couple depuis 40 ans. Elle et son mari ont une religion qu'ils pratiquent assidument, son mari est son premier et unique partenaire sexuel, elle n'a jamais travaillé, a élevé ses 4 enfants. Elle a vécu plus dans son rôle de mère que dans son rôle de femme. Très mauvaise satisfaction relationnelle, score moyen concernant le désir et les pensées mais un effondrement des scores excitation, initiative et orgasme.

Il est à prendre en compte dans ce cas-là l'influence négative d'une possible conjugopathie.

En effet, en cas de perte de la fonction sexuelle liée aux défaillances du corps, celle-ci peut être alourdie par les représentations des rôles masculins et féminins acquises au prisme de l'influence plus ou moins forte de la culture.

Cette part de vie devenue absente...prend alors l'étendue d'un vide existentiel.

Plus le clivage est fort entre le monde des hommes et le monde des femmes, plus faible est l'émancipation personnelle par rapport aux impératifs culturels, moins nombreux sont les piliers de la construction identitaire, plus important risque d'être l'impact psychique et relationnel de la perte sexuelle.

Il est toujours intéressant de pouvoir analyser les facteurs liés à l'ajustement sexuel. Tout d'abord, dans les facteurs de risque, nous relevons à travers cette étude :

- les conjugopathies,
- les schémas de conditionnement,
- les symptômes dépressifs et anxieux ainsi que
- les troubles de l'image du corps.

Nous relevons dans les facteurs de protection :

- la satisfaction relationnelle et conjugale,
- l'estime du corps,
- l'estime de soi,
- le partenaire soutenant qui favorise plus de créativité et d'adaptation face aux symptômes sexuels.

Une étude montre qu'il y a un lourd fardeau de dysfonction sexuelle lors d'une incontinence anale mais cela semble être médié par des facteurs qui ne sont pas propre à l'incontinence anale, comme les fragilités et les vulnérabilités des patientes (Li Yung, 2017).

Une étude portant sur 621 patients montre l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire de l'incontinence anale, ce qui confirme le modèle bio-psycho-sexo-social sur lequel doit s'appuyer toute prise en charge de cette problématique taboue (Damon, 2008).

Une autre étude met en évidence l'intérêt de questionner le lien entre sexualité et vécu bio-psycho-social de la maladie. Une matrice de corrélation a mis en évidence des liens entre dimensions de la sexualité, âge, image corporelle, relation entretenue avec le partenaire sexuel et qualité de vie (Facky 2018), (Dany, 2001).

Une autre étude montre que le score du questionnaire d'évaluation de la sexualité le FSFI est le plus bas pour les patientes avec incontinence anale (Montella, 2018).

Une étude montre que les femmes avec incontinence anale restent sexuellement actives mais qu'elles présentent des difficultés de lubrification, de douleur, d'orgasme (ce qu'on ne retrouve pas dans notre petit panel de 11 patientes) mais la présence d'une incontinence anale ne les empêche pas de s'engager dans une activité sexuelle (Imhoff, 2012). Les difficultés sexuelles rencontrées par la tranche d'âge 25/35 ans corroborent les résultats de l'enquête de Nathalie Bajos et Michel Bozon. En effet, cette tranche d'âge est celle qui a le plus de rapports douloureux.

Une autre étude montre que les symptômes de l'incontinence anale ne sont pas associés à un mauvais fonctionnement sexuel mesuré par le PISQ-12 (Patel, 2009).

On retrouve des similitudes entre incontinence anale et pathologies chroniques comme le cancer sur l'impact des dysfonctions sexuelles.

L'étude Vican 2 est une étude sur la qualité de vie 2 ans après un diagnostic de cancer, portant sur 4349 patients. Elle montre que 25% des patients ayant un cancer présente au moins une dysfonction sexuelle. Si le cancer touche la sphère pelvienne, ce taux monte à 60%. Il y a une baisse de la fréquence des relations sexuelles pour 52.3% des hommes et pour 41.7% des femmes. Il n'y a eu aucune information sur la sexualité par le personnel soignant pour 40% des hommes et 60.9% des femmes (Ben Charif, 2016).

Les traitements peuvent induire de l'anxiété et de la dépression provoquant une baisse de désir comme dans l'étude sur des patientes qui ont un cancer du sein (Perdrizet, 2008).

L'épisode dépressif majeur, pathologie à prédominance féminine, ne se limite pas à des changements affectifs, mais touche aussi la fonction sexuelle, qui est depuis longtemps reconnue comme contribuant au tableau clinique de la dépression (Bonierbale, 2003).

En effet, il a été démontré que les patients déprimés développent 2 à 3 fois plus de dysfonctions sexuelles que les personnes non déprimées, le tableau clinique de l'anxiété pouvant amener à une hypersexualité et masturbation compulsive (Baldwin, 1996).

Dans les maladies chroniques, comme l'incontinence anale ou comme certains cancers, l'émergence d'une détresse psychologique chez le partenaire peut modifier la sexualité du couple. Il aurait été intéressant de cibler les affects négatifs qui surgissent au sein du couple et mettre en évidence d'éventuelles difficultés de communication.

Nous observons de nombreuses incohérences avec une différence entre satisfaction conjugale et sexuelle, des différences entre score incontinence anale et qualité de vie. On note que la qualité de vie n'est pas forcément corrélée à l'incontinence anale mais à d'autres facteurs de vulnérabilité, comme un score de dépression et d'anxiété important et à des difficultés conjugales. Selon une étude, le taux d'activité sexuelle est semblable mais la fonction sexuelle est plus faible que pour les femmes sans incontinence anale (Pauls, 2015).

Par contre, de nombreuses études montrent que satisfaction conjugale et satisfaction sexuelle vont bien souvent de pair dans une dynamique d'auto renforcement réciproque. Bien qu'interagissant, on ne peut toutefois les assimiler l'une à l'autre, chacune comprenant ses propres déterminants. On peut définir la satisfaction conjugale comme une évaluation subjective et globale faite par l'individu ou son/sa partenaire et sa relation de couple (Fincham, 1988).

Plusieurs auteurs considèrent que la satisfaction conjugale représente l'expérience subjective et affective d'un individu à propos du niveau de bonheur et de contentement qu'il éprouve à faire partie de son couple (Huston, 1991). Il est à noter qu'une relation conjugale satisfaisante n'est pas nécessairement caractérisée par l'absence d'insatisfaction : les éléments positifs de la relation y seraient tout simplement prépondérants (Bradbury 1996).

Bien que l'on ait beaucoup écrit sur le traitement des dysfonctions sexuelles et du manque de satisfaction sexuelle, l'accroissement de cette dernière a reçu peu d'attentions dans la littérature empirique ou clinique et, jusqu'à une époque récente (Pelowquin, 2014), (Schaw, 2016), il n'existait pas de modèle théorique pouvant diriger la recherche et notre compréhension de ses facteurs déterminants.

Ce modèle retient l'influence de quatre facteurs sur la satisfaction sexuelle parmi lesquels on note :

- ➔ la satisfaction conjugale et
- ➔ le sentiment d'égalité entre ce qui est « donné » à l'autre et ce qui est « reçu » de la part de l'autre.

Une étude plus récente (Pascoal, 2013) met pour sa part en exergue l'influence prépondérante du bien être sexuel personnel et des processus dyadiques.

Des caractéristiques individuelles et dyadiques vont ainsi façonner la dynamique du couple : style d'attachement, fragilité personnelle, type de couple, étapes du cycle de vie conjugale, proximité versus distance... autant de facteurs facilitants ou, au contraire, contraignants, voir délétères.

Les capacités d'évolution au-delà du handicap demandent aussi de se libérer des schémas pré fabriqués et des fausses représentations de la sexualité et des relations homme-femme, elles-mêmes amenées par les coutumes, la pudeur et les tabous qui rendent la « mise à mots » difficile.

Ainsi donc, trop de tabous, de retenue, de non-dits, de conflits dans les relations interhumaines. Comme si il était difficile de savoir comment se parler, comment s'aimer. Le dysfonctionnement sexuel ne serait-il pas alors le reflet d'un mal être bien plus profond ? Un mal d'ordre psycho-socio-culturel ?

Faciliter la communication devient, dès lors, un rôle majeur de la santé mentale. Une étude montre que dans le parcours de soin de PMA, procréation médicalement assistée, 80% des couples auraient souhaité que la sexualité soit abordée au cours de leur parcours (Gamet, 2008).

La communication, la qualité de la relation, ou encore la capacité du conjoint à appréhender le vécu de sa compagne constituent des facteurs d'ajustement du couple à la situation de maladie et à de moindres dysfonctionnements sexuels (Anllo, 2008), (Fobair, 2006), (Lichtman, 1987).

On peut relier cela à une étude qui met en relief que la qualité de la relation est l'un des indicateurs les plus importants de santé sexuelle des patients (Emilee, 2010).

En effet, des études suggèrent que la détresse conjugale peut augmenter le risque de dépression, alors qu'un fonctionnement conjugal satisfaisant est un facteur de protection contre la détresse psychologique (Earle, 1998). Une étude montre que le plus important dans la vie pour les personnes interrogées consiste à avoir une relation de couple satisfaisante (Roberts and Robins, 2000).

Les modifications au sein du couple sont à prendre en compte. Certains conjoints rapportent un sentiment de culpabilité et de résignation pouvant aboutir à une séparation (Hannoun, 2005).

Dans une recherche, les auteurs ont montré qu'une femme sur trois déclarait que des problèmes liés à la maladie correspondaient aux problèmes les plus significatifs de la relation avec le partenaire sexuel actuel (Waldir, 2005).

Il est donc difficile d'imputer à la pathologie de l'incontinence anale l'entière responsabilité des troubles de la sexualité. Comme dans toute pathologie chronique, de multiples facteurs contribuent largement à l'altération des réactions sexuelles (« Entretiens de la Fondation Garches 2012), (Ferguson, 2011).

Cette étude permet de confirmer que les dimensions associées à la communication entre conjoints (compréhension, satisfaction, écoute) sont en mesure de constituer des facteurs d'ajustement et renforçateurs du couple à la situation de maladie et à de moindres dysfonctionnements sexuels (Anllo, 2000), (Fobair, 2006), (Lichtman, 1987).

Le niveau de compréhension du conjoint et le niveau de satisfaction de la communication avec ce dernier sont associés à un moindre dysfonctionnement pour plusieurs dimensions de la sexualité, à un meilleur niveau de qualité de vie pour la santé physique et à un score de dépression moins élevé pour la santé psychique. Concernant la sexualité, nos résultats vont dans le sens d'une intégration du conjoint dans le dispositif d'informations car il est en mesure d'y occuper un rôle majeur et efficace.

La prise en compte du partenaire est primordiale dans la prise en charge avec des explications sur l'incontinence anale, une dédramatisation des conséquences, une écoute bienveillante sur ses peurs etc....Si le partenaire se sent écouté et respecté, il saura, à son tour, être à l'écoute et empathique vis-à-vis de sa conjointe.

L'accompagnement du couple est un facteur de résilience par excellence. La ligne de force qui se dégage de cette étude empirique est la prise en compte du partenaire, la confiance conjugale étant un net facteur d'adaptation au changement. Ce qui distingue une relation satisfaisante d'une relation non satisfaisante, ce n'est pas tant la nature des difficultés à dépasser, mais bien les stratégies et les habiletés employées pour les résoudre (Hahlweg, 1988). De plus, une étude de relance montre que ces effets d'entraînement à la communication demeurent statistiquement significatifs 11 ans après (Hahlweg, 2010).

En tant que soignant, nous pouvons aider ces patientes souffrant d'incontinence anale à constituer de nouveaux repères pour favoriser un sentiment identitaire sécuritaire et à développer des mécanismes d'acceptation des changements de vie et de vécu.

Sur le plan corporel et somatique, il s'agit de mettre en place la rééducation périnéale.

Sur le plan du confort psychologique, il s'agit de développer les qualités d'écoute, de partage et de dialogue avec des explications, des conseils et des informations, permettant l'évolution des représentations corporelles. Mettre des mots sur ce qu'on l'on sent, ce que l'on ressent.

La parole est libératrice, elle permet la réassurance, la confiance en soi et l'apaisement dans la relation à soi-même et dans la relation à l'autre. Une étude montre que l'intérêt sexuel et la satisfaction sont liés à l'expressivité émotionnelle, à l'estime de soi, aux sentiments de dépression et de solitude ainsi qu'à la fonction cognitive (Ratner, 2011).

Il serait certainement souhaitable de pouvoir aller plus loin dans l'analyse et de faire le lien entre liens d'attachement et facteurs de résilience face à l'incontinence anale. Mais nous avons volontairement voulu éliminer certains facteurs aggravants comme conjugopathie, traitement médical, religion, culture et troubles d'attachement pour essayer de cibler la vulnérabilité personnelle à travers l'estime du corps et de soi.

Il serait judicieux d'approfondir en s'intéressant également aux hommes souffrant d'incontinence anale. En effet, il a été étudié qu'il existe des différences entre les caractéristiques physiologiques et les comportements d'adaptation des hommes et des femmes (Maeda, 2009).

Une étude montre que pour des scores d'incontinence anale de gravité similaires, l'impact sur la qualité de vie était plus important chez les femmes que chez les hommes et que la sexualité a, dans les deux sexes, le plus grand impact dans la qualité de vie (Mundet, 2016).

Charles Darwin disait, au XIX^{ème} siècle, « ce n'est pas le plus fort de l'espèce qui survit, ni le plus intelligent, mais c'est celui qui sait le mieux s'adapter au changement ».

CONCLUSION

Comme pour la prise en charge de la douleur il y a 30 ans, l'atteinte de la santé sexuelle ne doit plus être le prix à payer du silence et de l'évitement.

Au contraire, l'information et la prise en charge des troubles de la santé (sexuelle ou non) et l'amélioration de la qualité de vie font partie des obligations déontologiques, médico-légales et éthiques (Vican 2).

Notre étude de recherche a été menée en considérant l'angle de la représentation mentale de soi et de la représentation des corps comme un élément déterminant du vécu sexuel pour les patientes souffrant d'incontinence anale.

Dans le contexte de l'incontinence anale, nous sommes face à 4 tabous : l'anus, l'incontinence, la maladie chronique et la sexualité.

Il y a donc une quadruple peine, mutilation interne, monde du silence, isolement psychosocial et isolement affectif.

Il y a une sous-évaluation de ces difficultés car nous sommes face à une sous expression. E.Hirsch dit « le matériel sexologique, si on ne va pas le chercher, ne se dévoile pas spontanément ».

Est-ce une utopie ou un devoir que de dévoiler cela ? Droit des patients, devoir des soignants ? Le patient est expert dans sa problématique, le soignant dans les solutions d'adaptation. Il y a une perte non acceptable pour le patient en termes de qualité et de quantité de vie. La santé sexuelle est le marqueur de la santé globale (Lindau, 2010).

Se préoccuper des conséquences de l'incontinence anale sur la qualité de vie et la qualité de la santé sexuelle fait partie intégrante des soins de support ainsi que d'un travail de prévention primaire et secondaire de l'évolution du handicap. Il s'agit d'être *pro actif* et informatif dans le dépistage des dysfonctions sexuelles, pas seulement consultatif. Il s'agit également d'essayer de sortir de l'organicité et du tout-médical, en mettant en relief les composantes psychogènes qui peuvent être des facteurs d'inhibition dans l'amélioration de la qualité de vie de nos patients.

Les progrès de la médecine ayant permis une augmentation de l'espérance de vie, les recherches se sont développées récemment dans le domaine des sciences humaines et sociales et plus spécifiquement dans le domaine de la qualité de vie dont la santé sexuelle fait partie (Colson, 2016). Depuis quelques années, des travaux de recherche (Basson 2007, Bondil et Habold, 2012) ont démontré l'intérêt de prendre en compte la santé sexuelle de nos patients : diminution de l'anxiété, amélioration de l'estime de soi, meilleure adaptation aux situations, meilleure compliance aux traitements... Des recherches sont nécessaires pour évaluer les stratégies de prévention et de traitement de ces problèmes (Hatem, 2005).

Ces tabous sont responsables de l'absence de verbalisation. Les professionnels ont des connaissances limitées sur l'incontinence anale en post-partum. Peu d'entre eux connaissent la définition et la fréquence de celle-ci. Les facteurs de risques, indispensables pour une bonne prise en charge ne sont que partiellement connus. La pratique, les moyens de prévention et de dépistage ne sont pas toujours conformes aux recommandations de l'HAS ou aux protocoles de service. Ils ne peuvent être adaptés sans connaissances complètes du sujet. Nous savons que la dysfonction sexuelle est une cause de non observance du traitement d'où l'intérêt d'un dépistage précoce et préventif de cette dysfonction. Il s'agit souvent d'un problème à retardement qui arrive après 50 ans et qui pourrait se dépister plus tôt. Il semble donc indispensable de mettre en place un protocole de dépistage de l'incontinence anale afin de mieux prendre en charge cette pathologie.

Ne pas s'occuper des effets en cascade d'une mauvaise qualité de vie ne coûte-t-il pas plus cher à la société que de repérer précocement les troubles et de les prendre en charge de façon coordonnée ? Thanatos n'a qu'à bien se tenir. Eros a de nouveau droit de cité.

Notre devoir de soignant est de diminuer les freins et de favoriser les leviers afin de maintenir et préserver la vie et la santé sexuelle de nos patients. Nous sommes habilités à les accompagner sur le chemin de réappropriation de leur parcours de vie.

Informé, repérer, prévenir, anticiper, évaluer, oser investiguer, organiser, conseiller, rassurer, accompagner, c'est aussi mettre des mots sur les maux. Informer, autorise la parole, déculpabilise et agit sur les trois degrés de prévention, primaire en évitant la survenue des dysfonctions sexuelles au moment de la survenue de l'incontinence anale, secondaire en empêchant l'aggravation des dysfonctions sexuelles et, enfin, tertiaire, pour éviter la rechute.

Cette information « incombe à tout professionnel de santé », (Kouchner, loi du 4 mars 2002).

Espérons plus d'études validées scientifiquement pour tenter d'évaluer l'impact des incontinences anales et faire entendre la souffrance des patientes incontinentes anales. Les répercussions de l'incontinence anale sur la sexualité doivent faire l'objet d'une réflexion collégiale qui se doit être de plus en plus présente dans l'espace de soins mais aussi dans l'espace social. Cette thématique est à la fois importante et délicate à questionner car elle met en tension des enjeux médicaux, psychologiques et sociaux.

L'étude présentée dans ce mémoire témoigne de cette difficulté. Elle nous renseigne d'une part sur les limites que pose l'interrogation de la sexualité dans ce contexte de soins et d'autre part sur l'importance des liens entre dysfonctionnements sexuels, image de soi, estime de soi, relation à son corps, relation à l'autre et qualité de la relation avec le ou la partenaire, au-delà finalement de la gravité de l'incontinence anale. Nous pouvons conclure que l'incontinence anale a un impact dans trois domaines, l'image du corps, l'estime de soi et le désir.

Il est certain qu'il y a d'autres éléments qui entrent en jeu comme les effets secondaires au post partum, les apprentissages personnels, les dysfonctions d'attachement, les difficultés relationnelles antérieures aux troubles, la situation socio-économique et bien d'autres encore, dans la satisfaction sexuelle et qui ne sont pas pris en compte dans cette recherche.

Des travaux supplémentaires nous semblent devoir être réalisés afin d'éclairer plus avant ces enjeux, et d'alimenter la nécessaire réflexion qui doit accompagner l'intégration de la sexualité dans l'espace de soins propre à la problématique de l'incontinence anale, une problématique qui peine encore à émerger dans le domaine public et social du fait d'une parole soumise au diktat du tabou et de la loi du silence.

Le corps est silencieux, la plupart du temps. Fidèle compagnon de route, c'est un être en général timide. Mais quand il parle, sa voix fait autorité sur tout notre être. Apprendre à mieux connaître son corps, c'est apprendre à mieux se connaître. Apprendre à l'écouter, c'est apprendre à mieux communiquer. Notre santé passe par la santé de tous nos corps, nos corps hygiénique, sportif, sensuel (approche du monde par les 5 sens), sexuel et érotique (corps qui vit et qui est engagé dans la relation avec autrui).

A la vue de notre étude, l'orientation vers un sexologue pourrait être proposée de façon systématique. Un travail somatique paraît également primordial de façon à pouvoir essayer de contribuer à la « réparation corporelle » et aussi à la « réparation » psychique. Le sexologue pourra aussi inclure le partenaire dans une prise en charge du couple afin de les accompagner à trouver par eux-mêmes leurs facteurs de résilience et d'adaptation.

Au vu de notre étude, nous pouvons observer que :

- ➔ les freins à la qualité de vie sexuelle concernent
 - tout ce qui peut toucher de près ou de loin le désir,
 - tels que les vulnérabilités psychologiques et somatiques primaires de la patiente ainsi que
 - les réactions négatives du partenaire, en termes d'écoute et d'habiletés relationnelles.
- ➔ Les leviers, quant à eux, sont
 - une bonne image de soi et de son corps,
 - des capacités d'adaptation au changement
 - une relation de couple épanouissante et plutôt longue. En effet, dans une société où tout est dans l'immédiateté et les relations éphémères, la durabilité de la relation de couple apparaît comme un levier de la qualité de vie.

Restaurer une image de soi et de son corps positive et dynamique permettrait donc de ressentir plus de désir et d'augmenter sa satisfaction sexuelle.

Cette réalité inconsciente de soi, l'image de soi, semble bien être au carrefour entre le vécu corporel et le vécu psychique. Le vécu corporel renvoie aux aspects anatomo-physiologiques propres au travail du kinésithérapeute-périnéologue et le vécu psychique renvoie aux aspects psycho-somatiques propre, quant à lui, au travail du sexologue.

Cette étude se trouve au carrefour de ce que je veux mettre en œuvre dans ma vie professionnelle, relier le corps à l'esprit, l'esprit au corps. La science sexuelle est un labyrinthe dans lequel nous voulons bien nous aventurer. Elle est un modèle pilote, elle fait partie des soins de support à n'importe quelle pratique médicale, au service du patient, il faut la rendre visible dans tous les domaines de la santé médicale.

En témoigne, pour la première fois, la mise en place d'une stratégie de prévention des dysfonctions sexuelles dans les cancers (Inca, Institut National du Cancer, 2017).

Cesser d'être figé, voilà l'étymologie du verbe désirer. Se remettre en mouvement implique en premier lieu d'accepter de voir « l'ampleur des dégâts », comme le décrit (Pinkolaestes, 1996). Dans ses commentaires concernant le conte de barbe-bleu, elle évoque l'importance d'avoir le courage d'ouvrir la porte interdite, afin de savoir ce qui se cache derrière et ce à quoi l'on a à faire. Il meurt lentement celui qui ne change pas. Inertie quand tu nous tiens. A nous de lutter contre elle. L'immobilité périnéale peut être corrélée à l'immobilité psychique.

Il faut pouvoir emprunter d'autres chemins de vie, accepter de vivre une autre sexualité, différente de celle d'avant.

Cela renvoie à la définition de kinésithérapie : cette spécialité consiste en l'utilisation de mouvements actifs et passifs dans un but thérapeutique et de rééducation. Ainsi le mouvement c'est la vie et la vie c'est le mouvement. Kinésithérapie vient de kinesthésie, du grec kinesis signifiant mouvement et aisthesis signifiant sensibilité.

Comme dit Nelson Mandela, « ce qui fait de moi un optimiste, c'est ma capacité à mettre un pied devant l'autre tout en regardant le soleil ».

L'équipe médicale et soignante se devra d'être parmi les premiers acteurs de la communication avec le patient en souffrance. A elle d'aborder la question de la sexualité. Cette autorisation de parole donnée au patient, cette levée du silence, va permettre, dans la plupart des cas, de démystifier le débat et de légitimer la demande de soins et d'accompagnement dans un domaine sous-évalué (Johanessen, 2014).

Penser la place du sexologue dans les prises en charge de l'incontinence anale et sensibiliser le corps médical à l'intérêt de la santé sexuelle pour la santé de nos patients sont uns des enjeux de la médecine d'aujourd'hui et de demain.

La sexologie, relation au soin, relève d'une discipline médicale transversale, commune à tous.

Pour les sexologues, une prise de conscience doit s'opérer. Il faut continuer à donner à l'analité la place qu'elle mérite et rappeler les tenants et aboutissants singuliers des pratiques anales.

Pour paraphraser Mireille Bonierbale, 2006, qui compare le couple à un duo de musiciens, « il faut que la médecine reste un art, qu'on cesse de tirer sur le pianiste, et qu'il y ait de nouvelles promotions d'artistes ». Pourquoi pas des gastro-entérologues-proctologues dans de futures promotions ?

Nous pouvons voir dans le rôle du kinésithérapeute-périnéologue-sexologue, un acteur du changement positif, en travaillant à la fois sur le corps/mouvement et sur la plasticité cérébrale/psychique.

La prise en charge organique et physiologique va ainsi améliorer la disponibilité psychologique et la qualité de vie, ce qui permettra une meilleure observance au traitement de l'incontinence anale. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce des dysfonctions sexuelles chez les patient(e)s incontinent(e)s anaux.

Libérer notre parole, c'est libérer la parole de nos patients. Nous sommes dans une obligation de moyens, pas de résultats. « Etre libre, c'est rendre l'autre libre » (Nelson Mandela).

Parler d'analité dans la santé et la sexualité revient à parler d'analité et d'anus dans la société.

Démystifier l'anus et en parler librement revient à libérer la parole dans le débat public. Cela permettrait une identification des troubles et une prise en charge précoce permettant ainsi de surmonter la barrière de silence qui entoure ce tabou actuellement non-dit (Keighley, 2016).

A nous, soignants, d'aider nos patients à en trouver le nouveau chemin et de les accompagner à chacune des étapes du soin de ce corps abimé.

Notre rôle de soignant n'est plus seulement de lutter contre la douleur physique, morale, la maladie, la mort mais de trouver des solutions d'*adaptation* et de permettre d'enlever les obstacles à l'épanouissement de tous nos corps, à la qualité de vie. Notre rôle de soignant est également de favoriser une relation d'attachement plus sécurisée entre les partenaires, car celle-ci favorise non seulement plus grande intimité émotionnelle mais aussi une intimité sexuelle plus satisfaisante (Birnbaum, 2006).

Dans une société où 20% de la population est atteinte de maladie chronique et de handicap, nous devons prendre la responsabilité de les aider à intégrer une sexualité qui se transforme, qui se modifie, qui subit les conséquences physiques et psychiques des pathologies (Briançon, 2009).

Cette vision positive et humaniste du plaisir sexuel est réaffirmée dans la dernière déclaration des droits sexuels publiés par la WAS en 2014 :

« ...reconnait que la sexualité est une source de plaisir et de bien-être, et qu'elle contribue à l'épanouissement global et à la satisfaction de l'être humain. »

L'idée que le plaisir sexuel, quand il est vécu dans la sécurité et dans le respect de l'autre, est sain et contribue à l'épanouissement de la personne est en soi une première clé fondamentale de la santé sexuelle ; Vision « positive de la sexualité » et « perspectives d'harmonisation et de plaisir partagé » en ouvrant la possibilité de changements, sont les principes essentiels de notre accompagnement des personnes et des couples en difficulté. La prise en charge du partenaire et du couple se doit d'être systématique dans le programme de réhabilitation afin de les accompagner dans l'adaptation de leurs scripts sexuels.

La santé corporelle et sexuelle est la santé de Demain, d'autant qu'elle est une priorité de santé publique, une santé porteuse d'une vision humaniste.



BIBLIOGRAPHIE

Abed H., Rogers R., « Managing future pregnancies after a severe perineal laceration ». Contemporary OB/GYN 2006; 51 : 34-40

Abramowitz L., Sobhani I., « Complications anales de la grossesse et de l'accouchement ». Gastroenterol Clin Biol 2003; 27 : 277-283

Ait boughima F., Benhaich H., « Les violences sexuelles intra-conjugales », 2011

Amarenco G., « Symptômes ano-rectaux et maladies neurologiques », Février 2017. <http://docplayer.fr/1425251-Symptomes-ano-rectaux-et-maladies-neurologiques-gerard-amarenco.html>.

Anllo L., 2000, « Sexual life after breast cancer », J sex marital therapie, 26 :241-8

Apollinaire Guillaume, « Les 9 portes », 1915

Arigon JP., Henri L., damon H., Valette PJ. « Radioanatomie proctologique ». Encyclopédie Médico-chirurgicale. 2002; 9 : 14-15.

Bajos N., Bozon M. « Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé ». La découverte. 2008.

Baldwin D., « Depression and sexual function ». J Psychopharmacol 1996 ;10 :30-4

Bauer P., Bourguignon J., « Conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anus », la presse médicale, 1998,27 :1702-6

Bartlett L., Sloots K., Nowak M., J Clin Gastroenterol. 2015 May-Jun;49(5):419-28. doi: 10.1097/MCG.000000000000143. « Supplementary home biofeedback improves quality of life in younger patients with fecal incontinence »

Basson R., « Sexuality in chronic illness: no longer ignored ». 2007, Lancet, 369 :350-2

Ben Charif A., J Cancer Surviv. 2016 Jun;10(3):600-9. doi: 10.1007/s11764-015-0506-3. Epub 2015 Dec 21. « Sexual health problems in French cancer survivors 2 years after diagnosis-the national VICAN survey ».

Bensalem M, Sakhri N, Saidani K, Kecili N, Khalassi N, Bouseloub A. « Incontinence anale et constipation ». Service de gastroentérologie. <<http://www.sahge.org/congres/3JFCT/Seance3/bensalem%20%20IA.pdf>>

Bharucha, Adil E. "Fecal Incontinence." Gastroenterology 124, no. 6 (May 2003): 1672–85).

Bharucha, Adil E., Gena Dunivan, Patricia S. Goode, Emily S. Lukacz, Alayne D. Markland, Catherine A. Matthews, Louise Mott, et al. "Epidemiology, Pathophysiology, and Classification of Fecal Incontinence: State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop." *The American Journal of Gastroenterology* 110, no. 1 (January 2015): 127–36. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.396>.

Birnbaum GE., 2006, « When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of personality and social psychology*, 91(5), 929-943

Bondil P., Habold D. (2012). « Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse ». *La lettre du cancérologue*, 21, 165-70.

Bondil P., Habold D. Frasi F., « RIR : cancer, vie et santé sexuelle. Association francophone de soins oncologique de support ». 2011. <http://www.wafsos.org>

Bonierbale M., Lancon C, Tignol J., « The elixir study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France ». *Curr Med Res Opin* 2003; 19(2):114-24

Bonierbale M., « Plaidoyer pour une sexualité ordinaire ». *Sexologies*, 2006, 15 : 237-238

Bosselet S., « Petite philosophie du cul, liberté, vérité, volupté », Bred ed. 2018

Boswell J. « Christianisme, tolérance sociale et homosexualité ». Gallimard P. 1985.

Bouin Mickael, le médecin du Québec, volume 43, numéro 10, octobre 2008. « L'incontinence anale, la fable du médecin sourd et du patient muet ».

Bourcier, Haab, Mares. « Pelvi périnéologie : du symptôme au traitement ». 2010.

Bourcier A. « Dysfonctionnements du plancher pelvien tome 1, physiopathologie et investigations ». 2005.

Bradbury TN, Fincham FD. 1988 Apr; 54(4):713-21. « Individual difference variables in close relationships: a contextual model of marriage as an integrative framework »

Bradbury TN, Beach SR, Fincham FD, Nelson GM. 996 Jun; 64(3):569-76. « Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages ».

Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PR. « Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness ». 2015;52(1):110-9. doi: 10.1080/00224499.2013.838744. Epub 2013 Dec 18

Brenot P., « Eloge de la masturbation », 1998

Brenot P., « L'esprit du temps », 2013

Briançon S., « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques », Paris, Haut conseil de la santé publique, 2009

Burnett, S. J., C. Spence-Jones, C. T. Speakman, M. A. Kamm, C. N. Hudson, and C. I. Bartram. « Unsuspected Sphincter Damage Following Childbirth Revealed by Anal Endosonography ». *The British Journal of Radiology* 64, no. 759 (March 1991): 225–27. <https://doi.org/10.1259/0007-1285-64-759-225>

Caremel, R., F.-X. Nouhaud, A.-M. Leroi, A. Ruffion, F. Michot, H. Damon, and P. Grise. « Results of sacral neuromodulation on the urinary and fecal incontinence and sexuality in 20 women suffering from a double incontinence ». *Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie* 22, no. 7 (June 2012): 424–32. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.01.015>

Chaliha, C., and S. L. Stanton. « The Ethnic Cultural and Social Aspects of Incontinence--a Pilot Study ». *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 10, no. 3 1999: 166–70

Colson MH., « Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France », *J Sex Med*, 2006 Jan; 3(1):121-31

Colson MH. 2008 May; 53(5):1048-57. Epub 2007 Oct 16. « Premature ejaculation: results from a five-country European observational study »

Colson MH. 2014 Oct; 42(10):714-20. doi: 10.1016/j.gyobfe.2014.09.001. Epub 2014 Sep 26. « Female sexuality and parenthood »

Colson MH. 2016. « Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité ». *Sexologie*, 25, 16-23

Cour, Droupy, Faix, Methorst, Guliano. « Anatomie et physiologie de la sexualité. Progrès en urologie ». 2013.23, pages 261 à 267

Courtois F., Bonnierbale M. « Hypothèses physiopathologiques des troubles neurofonctionnels responsables de dysfonction sexuelle en post-partum ». *Médecine sexuelle. Fondements et pratiques*, Lavoisier, 2016. p204

Ciocca G, Limoncin E, Di Tommaso S, Mollaioli D, Gravina GL, Marcozzi A, Tullii A, Carosa E, Di Sante S, Gianfrilli D, Lenzi A, Jannini EA. 2015 May-Jun;27(3):81-5. doi: 10.1038/ijir.2014.33. Epub 2014 Aug 14. « Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality »

Damon, Henri, Olivier Guye, Arnaud Seigneurin, Frédérique Long, Abdoul Sonko, Jean-Luc Faucheron, Jean-Paul Grandjean, et al. « Prevalence of Anal Incontinence in Adults and Impact on Quality-of-Life ». *Gastroenterologie Clinique Et Biologique* 30, no. 1, January 2006: 37–43

Damon, Henri, Anne Marie Schott, Xavier Barth, Jean Luc Faucheron, Laurent Abramowitz, Laurent Siproudhis, Marie-Odile Fayard, et al. « Clinical Characteristics and Quality of Life in a Cohort of 621 Patients with Faecal Incontinence ». *International Journal of Colorectal Disease* 23, no. 9, September 2008: 845–51. <https://doi.org/10.1007/s00384-008-0489-x>.

Dany L. 2001. « Sexualité féminine et cancer », une recherche exploratoire, Psycho-oncol

Darrigol JL. « Traitements naturels de la constipation collection santé naturelle », Ed Dangles

Del Priore Mary, « histoires intimes », 2017

Denis P, Colin R, Galmiche JP et Coll. « Traitement de l'incontinence fécale de l'adulte ». Gastroenterol, clinbio, 2013

Devroede. 1990. « Constipation and sexuality ». Medical aspects of human medicine. p40-46

Doğan, Bülent, İsmet Gün, Özkan Özdamar, Ali Yılmaz, and Murat Muğcu. « Long-Term Impacts of Vaginal Birth with Mediolateral Episiotomy on Sexual and Pelvic Dysfunction and Perineal Pain ». The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians 30, no. 4 (February 2017): 457–60. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1174998>

Doucet-Jeffray N., Miton-Conrath S., Le Mauff P., Senand R., « Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? », La Revue Exercer, Novembre/Décembre 2004, n°71-119

Drossman. « Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link? ». Am J Med (1994). 113, pages 828 à 833

Edwards NI, Jones D. 2001 Nov;30(6):503-7. « The prevalence of faecal incontinence in older people living at home »

Earle JR, Smith MH, Harris CT, Longino CF. « Women, marital status and symptoms of depression in a midlelife national sample ». J Women Aging 1998; 10:41-57

Emilee, « Sexuality after breast cancer: a review ». Maturitas. 2010 Aug; 66(4):397-407. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.03.027. Epub 2010 May 2.

Etude Ifop/Cam4 – les françaises et l'orgasme Décembre 2014, cette enquête internationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 000 femmes vivant dans les principaux pays d'Europe (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas) et d'Amérique du Nord (États-Unis, Canada)

Fakih R, Rahal M, Hilal L, Hamieh L, Dany M, Karam S, Shehab L, El Saghir NS, Tfayli A, Salem Z, Assi H, Temraz S, Shamseddine A, Mukherji D. 2018 Jan-Mar;24(1):35-38. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_137_17. « Prevalence and Severity of Sleep Disturbances among Patients with Early Breast Cancer »

Faucheron JL. « Incontinence anale ». La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462

Ferguson SE, Urowitz S, Massey C, Wegener M, Quartey N, Wiljer D, Classen CC, 2012 Jun 15;118(12):3095-104. doi: 10.1002/cncr.26632. Epub 2011 Dec 2. « Confirmatory factor analysis of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in women with gynecologic cancer »

Fernando, Williams, Adams. « The Management of Third and Fourthdegree Perineal Tears ». Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline no.29. Mars 2007.

Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. « Body image and sexual problems in young women with breast cancer ». Psychooncology. 2006 Jul; 15(7):579-94.

Foucault M. « Histoire de la sexualité 1, la volonté de savoir », Gallimard. 1976.

Fraser M, Cooper E. « The first stage of labour: physiology and early care ». Myles' Textbook for Midwives. London : Churchill Livingstone, Elsevier 2009; 253-257

Freud S. « Trois essais sur la théorie sexuelle ». Gallimard. 1987.

Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, Denys P, Dompeyre P, Faltin D, Fatton B, Haab F, Hermieux JF, Kerdraon J, Mares P, Mellier G, Michel-Laaengh N, Nadeau C, Robain G, de Tayrac R, Jacquetin B; French College of Gynaecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Jul; 151(1):14-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.02.041. Epub 2010 Mar 16. « Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians »

Giami A., 2007, « Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité »

Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka A, Merchant S, Rothman M, Gagnon DD, Polverejan E; 3004 Study Group

Goligher J. « Surgery of the anus rectum and colon fifth ». Ed Baillière Tindall London. 1984

Grandmottet G., « Enquête de l'impact de la formation des médecins en France sur leur perception de la sexualité des patients et leur capacité à répondre à une demande concernant un trouble sexuel », mémoire de DIU Sexologie, Lyon, 2015

Granot M, Zisman-Ilani Y, Ram E, Goldstick O, Yovell Y. 2011;37(1):1-16. doi: 10.1080/0092623X.2011.533563, « Characteristics of attachment style in women with dyspareunia »

Groom, Katie M., and Sara Paterson-Brown. « Can We Improve on the Diagnosis of Third Degree Tears? » European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 101, no. 1 (February 10, 2002): 19–21

Hahlweg K., 1988, « Recent advances in therapy and prevention. In IRH Falloon, Handbook of behavioral family therapy, new york, 413-448

Hahlweg K., 2010, « Prevention of marital instability and distress. Results of an 11 year longitudinal follow up study. Behaviour research and therapy, 48, 377-383

Hall, Wendy, Karen McCracken, Patricia Osterweil, and Jeanne-Marie Guise. « Frequency and Predictors for Postpartum Fecal Incontinence ». American Journal of Obstetrics and Gynecology 188, no. 5 (May 2003): 1205–7

Hamzaoui S., Maamri A., « Assesment of sexual function among women consultant for first major depressive disorder », Elsevier Masson, 2016

Handa, Victoria L., Halina M. Zyczynski, Kathryn L. Burgio, Mary Pat Fitzgerald, Diane Borello-France, Nancy K. Janz, Paul M. Fine, et al. « The Impact of Fecal and Urinary Incontinence on Quality of Life 6 Months after Childbirth ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 197, no. 6 December 2007: 636.e1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.020>.

Hannoun-Levi jm 2005. « Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle cancer/radiothérapie ». 9:175-82

Hatem M, Fraser W, Lepire E. *Obstet Gynaecol Can.* 2005 Jul; 27(7):682-8. « Postpartum urinary and anal incontinence: a population-based study of quality of life of primiparous women in Quebec »

Hautekeete M, De Hert M, De Wilde D, Peuskens J. : 1997 Aug 29;26(2-3):243-4. « High prevalence of *Helicobacter pylori* in institutionalized schizophrenic patients »

Heymen, Scarlett, Jones, Ringel, Drossman, Whitehead, « Randomized controlled trial shows biofeedback to Superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dyssynergia-type constipation ». *Dis. Colon Rectum* (avril 2007). 50 (4), pages 428 à 441

Horden A, 1993. « Sexuality in palliative care : addressing the taboo subject ». In : aranda § connor (eds), *palliative care nursing : a guide to practice*. Melbourne australia

Hurni M., Stoll G., « La haine de l'amour, la perversion du lien », L'harmattan, 1996

Hurni M., Stoll G., « La psychanalyse et la violence familiale, le mystère Freud », L'harmattan, 2014

Huston TL, Vangelisti AL, 1991 Nov;61(5):721-33. « Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: a longitudinal study »

Iles D, Khan R, Naidoo K, Kearney R, Myers J, Reid F. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 May;212:140-143. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.03.024. Epub 2017 Mar 18. « The impact of anal sphincter injury on perceived body image »

Imhoff, Laurel R., Jeanette S. Brown, Jennifer M. Creasman, Leslee L. Subak, Stephen K. Van den Eeden, David H. Thom, Madhulika G. Varma, and Alison J. Huang. « Fecal Incontinence Decreases Sexual Quality of Life, but Does Not Prevent Sexual Activity in Women ». *Diseases of the Colon and Rectum* 55, no. 10 (October 2012): 1059–65. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e318265795d>

Jelovsek JE, Chen Z, Markland AD, Brubaker L, Dyer KY, Meikle S, Rahn DD, Siddiqui NY, Tuteja A, Barber MD. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014 Nov-Dec; 20(6):342-8. doi: 10.1097/SPV.0000000000000078. « Minimum important differences for scales assessing symptom severity and quality of life in patients with fecal incontinence »

Johannessen HH, Mørkved S, Stordahl A, Sandvik L, Wibe A. *BJOG.* 2014 Jul; 121(8):978-87. doi: 10.1111/1471-0528.12643. Epub 2014 Mar 4. « Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study »

- Johanson, J. F., and J. Lafferty. « Epidemiology of Fecal Incontinence: The Silent Affliction ». *The American Journal of Gastroenterology* 91, no. 1 (January 1996): 33–36
- Kadri N., Mchichi Alamai K., Berrada S. « La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes ». *Sexologies*, 2009
- Kalra GD, Sharma AK, Shende KS. *Indian J Plast Surg.* 2016 Sep-Dec;49(3):350-356. doi: 10.4103/0970-0358.197245. « Gracilis muscle transposition as a workhorse flap for anal incontinence: Quality of life and functional outcome in adults »
- Kamina P. « Périnée anal ». In : Kamina P, eds. *Anatomie clinique, tome 4, organes urinaire et génitaux, pelvis, coupes du tronc.* 2nd édition. Paris : Maloine ; 2008. p288-292
- Kaplan S, 1974. « The new sex therapy, brunner mazel, new york »
- Kaplan S, Hirschowitz AS. 1975 Mar 1; 49(9):313-4. « The dental treatment of problem children under ketamine analgesia »
- Keighley MR, Perston Y, Bradshaw E, Hayes J, Keighley DM, Webb S. « The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal incontinence following Obstetric Anal Sphincter Injury: use of a word picture to identify a hidden syndrome ». *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Sep 21; 16(1):275
- King, Virginia G., Sarah H. Boyles, Teresa R. Worstell, Joy Zia, Amanda L. Clark, and W. Thomas Gregory. « Using the Brink Score to Predict Postpartum Anal Incontinence ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203, no. 5 (November 2010): 486.e1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.07.032>
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. « Sexual Behavior in the Human Male ». Philadelphia, W.B. Saunders, 1948 ; traduction française, *Le Comportement Sexuel de l'Homme*, Paris, Éditions du Pavois, 1948
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebaardht P.H. « Sexual Behavior in the Human Female ». Philadelphia, W.B. Saunders, 1953; traduction française, *Le Comportement Sexuel de la Femme*, Paris, Amiot-Dumant, 1954
- Klein N, Hartmann M, Helmbold P, Enk A. « Acute generalized exanthematous pustulosis associated with recurrent urinary tract infections ». 2009 Mar; 60(3):226-8. doi: 10.1007/s00105-008-1604-1
- Lamb et al : 995 May;11(2):120-7. « Effects of cancer on the sexuality and fertility of women »
- Lavin M, Hyde A. 2006. « Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an irish context ». *Eur j oncol nurs* 10 :10-8
- Law Rev. « India: constitutional challenge to anti-sodomy law. Can HIV AIDS Policy ». 2002. 6(3) : 76

Leader-Cramer, Alix, Kimberly Kenton, Bhumy Davé, Dana R. Gossett, Margaret Mueller, and Christina Lewicky-Gaupp. « Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries ». *The Journal of Sexual Medicine* 13, no. 10 (October 2016): 1523–29. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.01>

Lehur PA et al.1997. « Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; recommandation pour la pratique clinique argumentaire ». Nantes: Beaufour-ipesen-pharma

Leroi. Bernier. Watier. Hermond. Goupil. Black. « Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the low gastrointestinal tract ». *INT J Colorect. Dis.* (1995). 10, pages 200 à 206

« Les conduites à tenir devant une incontinence anale masquée », les dossiers de l'obstétrique, février 2009

Lichtman RR, Taylor SE, Wood JV.1987. « Social support and marital adjustemnt after breast cancer ». *J psychosoc oncol* 5 :47-74

Lindau S.T., Gavrilova N., *BMJ*, 2010 ; 340 : bmj.c810

Li-Yun-Fong, Ryan J., Maryse Larouche, Momoe Hyakutake, Nicole Koenig, Catherine Lovatt, Roxana Geoffrion, Lori A. Brotto, Terry Lee, and Geoffrey W. Cundiff. « Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women With Pelvic Floor Dysfunction ». *The Journal of Sexual Medicine* 14, no. 2 (February 2017): 226–37. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.11.323>

Lopes P, Poudat F-X, « Manuel de sexologie ». Masson; 2007

Loriau J. MC, « Comment je fais pour... examiner une victime d'agression sexuelle ? » *Colon Rectum* (2009) 3: 161-167

Loriau J., Manaouil C., Ganacia R. et al. « Incontinence après viol anal ». *Colon Rectum*. 2015, 5 : 126-133

Macmillan, Alexandra K., Arend E. H. Merrie, Roger J. Marshall, and Bryan R. Parry. « The Prevalence of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Adults: A Systematic Review of the Literature ». *Diseases of the Colon and Rectum* 47, no. 8 (August 2004): 1341–49

Maeda Y, Vaizey CJ, Hollington P, Stern J, Kamm MA. *Colorectal Dis.* 2009 Nov;11(9):927-32. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01717.x. Epub 2008 Oct 21. « Physiological, psychological and behavioural characteristics of men and women with faecal incontinence »

Markland, Alayne D., Gena C. Dunivan, Camille P. Vaughan, and Rebecca G. Rogers. « Anal Intercourse and Fecal Incontinence: Evidence from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey ». *The American Journal of Gastroenterology* 111, no. 2. February 2016): 269–74. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.419>

Martin-Alguacil N, Schober JM, Sengelaub DR, Pfaff DW, Shelley DN. « Clitoral sexual arousal : neuronal tracing study from the clitoris through the spinal tracts ». *J urol* 2008 ; 180 :1241-8

- Masson, « Recommandations pour la pratique clinique de l'incontinence anale », Gastroenterol clin biol 2000 ; 24 :299-314, paris, 2000
- Masson, Serrano, Ikkos, Kamm, « Psychological morbidity in women with idiopathic constipation ». The American Journal of Gastroenterology (2000). 95, Pages 2852 à 2857
- Masson, paris, 2000, « Recommandations pour la pratique clinique de l'incontinence anale »
- Mauroy B, Bollal JL. « Bases anatomo-radiologiques de l'incontinence urinaire et de l'incontinence fécale, de la statique pelvienne et du traumatisme obstétricale ». In : Villet R et al. eds. Incontinences urinaire et fécale. Paris : éditions scientifiques L and C ; 2001. p. 17-43
- Mellgren, A., L. L. Jensen, J. P. Zetterström, W. D. Wong, J. H. Hofmeister, and A. C. Lowry. « Long-Term Cost of Fecal Incontinence Secondary to Obstetric Injuries ». Diseases of the Colon and Rectum 42, no. 7 (July 1999): 857–65; discussion 865–67
- Merger R, Levy J, Melchior J. « Précis d'obstétrique ». 6eme édition Masson. 2003
- Milson i., « Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence : a systematic review », Elsevier, european urology, janvier 2014, p79-95
- Montella-Lefort Laurence 2018 –Sexualités humaines- « Liens entre sexualité humaine et périnée chez la femme »- p 66/79
- Mundet L, Ribas Y, Arco S, Clavé P. J Neurogastroenterol Motil. 2016 Jan 31;22(1):94-101. doi: 10.5056/jnm15088. « Quality of Life Differences in Female and Male Patients with Fecal Incontinence »
- Murray RM., Biol Psychiatry. 2008 Sep 15;64(6):505-12. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.04.033. Epub 2008 Jun 12. « Neural responses to sad facial expressions in major depression following cognitive behavioral therapy »
- Nielsen, M. B., O. O. Rasmussen, J. F. Pedersen, and J. Christiansen. « Risk of Sphincter Damage and Anal Incontinence after Anal Dilatation for Fissure-in-Ano. An Endosonographic Study ». Diseases of the Colon and Rectum 36, no. 7 (July 1993): 677–80
- Oberwalder, M., J. Connor, and S. D. Wexner. « Meta-Analysis to Determine the Incidence of Obstetric Anal Sphincter Damage ». The British Journal of Surgery 90, no. 11 (November 2003): 1333–37. <https://doi.org/10.1002/bjs.4369>
- Obioha KC, Ugwu EO, Obi SN, Dim CC, Oguanuo TC, Int Urogynecol J. 2015 Sep;26(9):1347-54. doi: 10.1007/s00192-015-2690-0. Epub 2015 Apr 17. « Prevalence and predictors of urinary/anal incontinence after vaginal delivery: prospective study of Nigerian women »
- Ovide, « L'art d'aimer Mille et une nuits », 2000
- Parpaix F.2010. Sexualités humaines n°5-p6/15- « Oui oui oui oui! ou l'orgasme au féminin : fascinant, mystérieux, complexe »

Pascoal PM, Narciso Ide S, Pereira NM. « What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions ». 2014;51(1):22-30. doi: 10.1080/00224499.2013.815149. Epub 2013 Sep 26

Patel, Minita, David M. O'Sullivan, and Adam C. Steinberg. « Symptoms of Anal Incontinence and Impact on Sexual Function ». *The Journal of Reproductive Medicine* 54, no. 8 (August 2009): 493–98

Pauls, Rachel N., Rebecca G. Rogers, Mitesh Parekh, Joan Pitkin, Dorothy Kammerer-Doak, and Peter Sand. « Sexual Function in Women with Anal Incontinence Using a New Instrument: The PISQ-IR ». *International Urogynecology Journal* 26, no. 5 (May 2015): 657–63. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2563-y>

Pauls, Rachel N., John A. Occhino, Vicki Dryfhout, and Mickey M. Karram. « Effects of Pregnancy on Pelvic Floor Dysfunction and Body Image; a Prospective Study ». *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 19, no. 11, November 2008: 1495–1501. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0670-3>

Pauls, Rachel N., W. Andre Silva, Christopher M. Rooney, Sam Siddighi, Steven D. Kleeman, Vicki Dryfhout, and Mickey M. Karram. « Sexual Function Following Anal Sphincteroplasty for Fecal Incontinence ». *American Obstetrics and Gynecology* 197, no. 6 (December 2007): 618.e1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.011>

Paydar I, Pepin A, Cyr RA, King J, Yung TM, Bullock EG, Lei S, Satinsky A, Harter KW, Suy S, Dritschilo A, Lynch JH, Kole TP, Collins SP, satinsky : 2017 Feb 7;7:5. doi: 10.3389/fonc.2017.00005. eCollection 2017. « Intensity-Modulated Radiation Therapy with Stereotactic Body Radiation Therapy Boost for Unfavorable Prostate Cancer: A Report on 3-Year Toxicity »

Payne DK, Lundberg JC, Brennan MF, Holland JC.1997 Mar;6(1):65-71. « A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma »

Péloquin K, Brassard A, Lafontaine MF, Shaver PR. « Sexuality examined through the lens of attachment theory: attachment, caregiving, and sexual satisfaction ». 2014;51(5):561-76. doi: 10.1080/00224499.2012.757281. Epub 2013 May 9

Perdrizet A, Chevallier C, Reich M, Lesur A. 2008. « Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques ». *Ann med psychol* 166 :292-6

Picq P., Brenot P., « Le Sexe, l'Homme & l'Évolution », Odile Jacob, 2009

Pinkolaestes Clarissa, « Femmes qui courent avec les loups », Paris Grasset, 1996

Pla-Martí V, Moro-Valdezate D, Alos-Company R, Solana-Bueno A, Roig-Vila JV. « The effect of surgery on quality of life in patients with faecal incontinence of obstetric origin ». *Colorectal Dis.* 2007 Jan;9(1):90-5

Platon, « Œuvres complètes Bibliothèque de la Pléiade », Gallimard, 1950

Porto R, « Intimité et érotisme anal », *Médecine et Hygiène*, 1994. 52 : 696-700

- Porto R., Pasini W., « Intimacy and anal erotism ». First Congress of the European Federation of Sexology. Taormina, Italy, September 1992
- Rao, Welcher, Happel. « Can Biofeedback Therapy Improve Anorectal Function in Fecal Incontinence? ». *The American Journal of Gastroenterology* 91, no. 11 (November 1996): 2360–66
- Radat Françoise, “Stress et douleur”, *annaels medico psychologiques, revue psychiatrique*, volume 172, mars 2014, p108-110
- Ratner, Elena S., Elisabeth A. Erekson, Mary Jane Minkin, and Kelly A. Foran-Tuller. « Sexual Satisfaction in the Elderly Female Population: A Special Focus on Women with Gynecologic Pathology ». *Maturitas* 70, no. 3 (November 2011): 210–15. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.07.015>
- Riteau AS. « Le périnée féminin de la superficie à la profondeur ». Mémoire pour Le certificat d’anatomie, d’imagerie et de morphogénèse: Med: Université De Nantes. 2002-2003. URL:<www.sante.univnantes.fr/med/anatomie/.../Riteau%20AS.pdf>
- Rizk, D. E., M. Y. Hassan, H. Shaheen, J. V. Cherian, R. Micallef, and E. Dunn. « The Prevalence and Determinants of Health Care-Seeking Behavior for Fecal Incontinence in Multiparous United Arab Emirates Females ». *Diseases of the Colon and Rectum* 44, no. 12 (December 2001): 1850–56
- Roberts BW., Robins RW., “Broad dispositions, broad aspirations: the intersection of personality traits and major life goals”. *Personality and social psychology bulletin*, 24, 82-86
- Rockwood, T. H., J. M. Church, J. W. Fleshman, R. L. Kane, C. Mavrantonis, A. G. Thorson, S. D. Wexner, D. Bliss, and A. C. Lowry. « Fecal Incontinence Quality of Life Scale: Quality of Life Instrument for Patients with Fecal Incontinence ». *Diseases of the Colon and Rectum* 43, no. 1 (January 2000): 9–16; discussion 16–17
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. 1993. « Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological ». *Clinic, Jsex marital ther* 19:171-88
- Saldana R., Nallely, and Andreas M. Kaiser. « Fecal Incontinence - Challenges and Solutions ». *World Journal of Gastroenterology* 23, no. 1 (January 7, 2017): 11–24. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i1.11>
- Schaeffer Jacqueline, “Le sexe féminin, entre tabou et interdit”, *cahier de psychologie clinique* n°45, 2015, p41-75
- Schweitzer. 2005, « Ostéopathie intra pelvienne et arbre gynécologique, sexualité et identité », Editions Robert Jauze
- Senejoux A, « Infections sexuellement transmissibles : des comportements à risques plus que jamais d’actualité », *Colon Rectum*, 2009, 3 : 135-136
- Serati M., « The epidemiology of urinary incontinence : a case still open », *Ann Trans Med*. 2016 Mar; 4(6): 123

Shaw AM, Rogge RD. « Evaluating and Refining the Construct of Sexual Quality With Item Response Theory: Development of the Quality of Sex Inventory ». 016 Feb;45(2):249-70. Epub 2016 Jan 4

Simon P., Gondonneau J., Mironer L., Dourlen-Rollier A.-M. « Rapport Simon sur le comportement sexuel des Français ». Paris, Julliard; 1970

Siproudhis L, Panis Y, Bigard M-A. « Traité des maladies de l'anus et du rectum ». Elsevier-Masson Paris; 2006

Siproudhis L. « Explorer et traiter une incontinence fécale ». *Pelv Perineol* (2006) 1 : NS13-NS14. DOI 10.1007/s11608-006-0025-9

Siproudhis L. « ...La vie, c'est nickel... ». *Colon Rectum*. 2009. 3 : 133-134

Solans-Domènech, Maite, Emília Sánchez, Montserrat Espuña-Pons, and Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). « Urinary and Anal Incontinence during Pregnancy and Postpartum: Incidence, Severity, and Risk Factors ». *Obstetrics and Gynecology* 115, no. 3 (March 2010): 618–28. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d04dff>.

Soulier Bernadette, « Un amour comme tant d'autres », 2005

Spira A., Bajos N. « Les comportements sexuels en France ». La documentation française, Paris, 1993

Sultana A, Rahman K, Padmaja AR. “Urinary incontinence (salasal bawl) in greco-arabic medicine : a review”. *Acta Med Hist Adriat*. 2015; 13 Suppl 2:57-76

Sultan, A. H., M. A. Kamm, C. N. Hudson, and C. I. Bartram. « Third Degree Obstetric Anal Sphincter Tears: Risk Factors and Outcome of Primary Repair ». *BMJ, Clinical Research Ed*. 308, no. 6933 (April 2, 1994): 887–91

Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, et al. « Anal-sphincter disruption during vaginal delivery ». *N Engl J Med* 1993 ;329 : 1905-11

Sultan S., Bauer P., Atienza P. « Infections sexuellement transmissibles ano-rectales ». Elsevier P. 2006

Taylor, J. F., R. C. Rosen, and S. R. Leiblum. « Self-Report Assessment of Female Sexual Function: Psychometric Evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women ». *Archives of Sexual Behavior* 23, no. 6 (December 1994): 627–43

Temml, Haidinger, Schmidbauer, Schatzl, and Madersbacher, « Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life ». *Neurourology and Urodynamics* 19, no. 3 (2000): 259–71

Thacker, Banta, « Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretative Review of the English Language Literature, 1860-1980 ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 38, no. 6 (June 1983): 322–38

- Tonneau H, Branger B, Chauvin B, Guerneur J, Grall JY. « Le périnée, qu'en savent les femmes ? ». La revue sage-femme 2005; 4 : 109-114
- Valencogne G. « Rééducation des déficits ano rectaux dans le post partum ». Kiné Scientifique n°273, p.21/25
- Valencogne G. « Rééducation en coloproctologie ». Edition Masson, Paris, 1993.
- Valencogne, Watier, « Rééducation de la défécation dyssynergique. Pelvipérinéologie » (2010) Vican 2, 2012
- Vitton,J, « Womens health ». 2011, 20, 757-76
- Von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S, Equit M. Acta Paediatr. 2015 Nov; 104(11):1156-63. doi: 10.1111/apa.13134. Epub 2015 Sep 30. « Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children »
- Waldir CG, Canella PRB, Jurberg M. 2005. « Cancer du col de l'utérus et sexualité ». Sexologies n°14 p.7-12
- Watier A, « Incontinence fécale, aspects psychologiques et qualité de vie », Acta Endoscopica volume 34, n4-2004
- Watier, « Implication à long terme des abus physiques sexuels en pelvi-périnéologie », Kinésithérapie scientifique. N°499 (2009). Pages 33 à 42
- Young TJ. 1991. « Regional differences in sodomy laws ». Psychol Rep. 68(1) : 228-230
- Zetterström, J., A. Mellgren, L. L. Jensen, W. D. Wong, D. G. Kim, A. C. Lowry, R. D. Madoff, and S. M. Congilosi. « Effect of Delivery on Anal Sphincter Morphology and Function ». Diseases of the Colon and Rectum 42, no. 10 (October 1999): 1253–60

Mémoires

Bellon Philippe : « Efficacité de la rééducation sphinctérienne par bio feed back ». 1998.

Clautrier Aude : « L'incontinence anale en post-partum, état des lieux des connaissances des professionnels de santé ». 2013

Melchiorre-Marien Sophie : « Avoir et être un corps occidental aujourd'hui ». 2008.

Rotzetter Otero Maria : « Santé des femmes 18 ans après une déchirure du sphincter anal après l'accouchement : incontinence fécale, incontinence urinaire et sexualité ». 2006.

Sanchez Muriel : « La constipation terminale chez la femme et les conséquences sur sa sexualité ». 2016.

Seyfried Valérie : « Dysfonctions sexuelles et maladie de crohn, quel rapport ? ». 2005.

Vove Jean-Pierre : « La sexualité anale dans les couples hétérosexuels ». 2015.

Sites internet

Association AAPI, Association d'Aide aux Personnes Incontinentes, 2006, « L'incontinence anale ». <https://www.mdm-france.com/aapi.html>

« Complications Anales Durant La Grossesse et Le Post-Partum 1 Re Partie Incontinence Anale » Accessed February 1, 2017. <http://docplayer.fr/1425138-Complications-anales-durant-la-grossesse-et-le-post-partum-1-re-partie-incontinence-anale.html>

« De fille à femme, impasses de la féminité dans la culture contemporaine » February 1, 2017. Le corps image idéalisée, culte de l'apparence. La femme croit dépendre de son corps pour réussir sa vie. <http://docplayer.fr/21748732-De-fille-a-femme-impasses-de-la-feminite-dans-la-culture-contemporaine.html>

« Entretiens de la fondation Garches 2012, troubles urinaires et sexuels du patiente neurologique » www.apf.asso.fr

« Evaluation de L'Impact Des Atteintes de La Sphère Périnéale Sur L'Image de Soi et Le Vécu Sexuel Des Femmes » Accessed February 1, 2017. <http://docplayer.fr/1425734-Evaluation-de-l-impact-des-atteintes-de-la-sphere-perineale-sur-l-image-de-soi-et-le-vecu-sexuel-des-femmes.html>.

« Incontinence fécale : Aspects Psychologiques et Qualité de Vie » February 1, 2017 http://www.urinaire.com/Incontinence%20fecale-qualitedevie.htm#.V_6GDGtqQR0.email.

« Partie III Fonction Exonératrice » February 1, 2017. <http://docplayer.fr/19052401-Partie-iii-fonction-exoneratrice.html>

« Proctologie de La Femme Enceinte (post-Partum Exclu) » February 1, 2017. <http://docplayer.fr/12642445-Proctologie-de-la-femme-enceinte-post-partum-exclu.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques photos

« La folie et l'art ?

Moi, pour moi, c'est le mal à dire

Ce qu'on dit la maladie,

Pour moi, c'est juste le mal à dire :

Quand le mal est dit, il n'y a plus de maladie »



Anus face beth lauren gardner 2013



Anus painting 2013



Barter and art Stéphanie Hégarty 2010



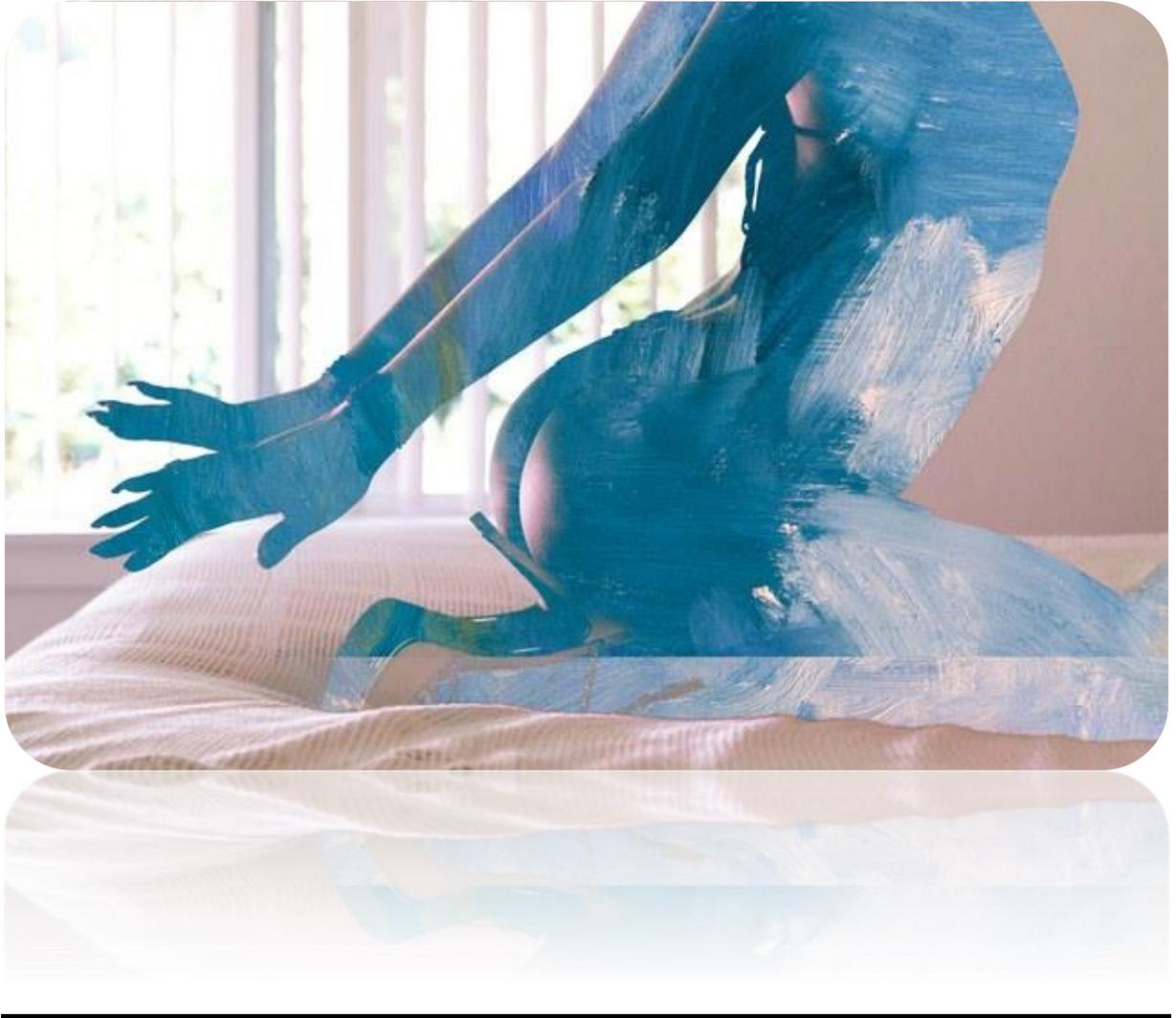
Dietrich Wegner 2011



**Giant Gold Cheeks Dominate England's Turner Prize
Exhibition 2016**



Plug anal Place Vendôme Paris 2014

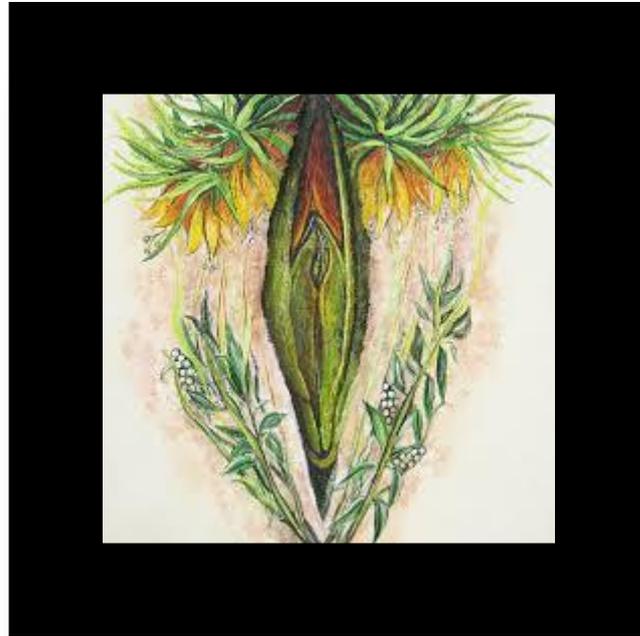


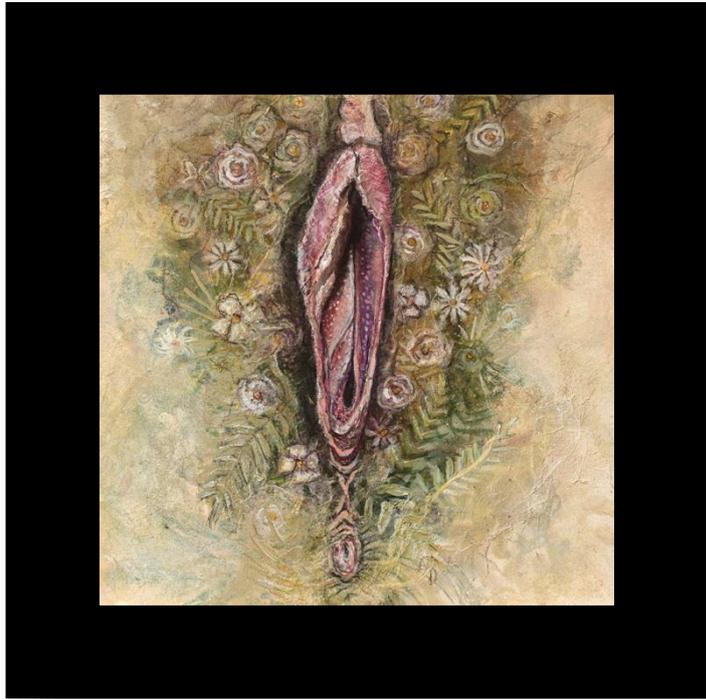
Lea schrager 2017

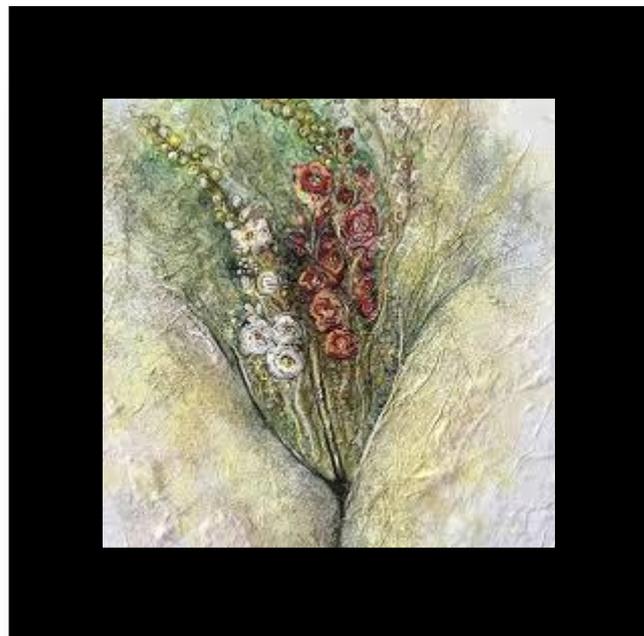


Keith Boadwee 2015

Quelques peintures de Jacqueline Secor







« Le corps porteur de vie

....et l'art comme sublimation »

Christian Loubet- 2018- Assises de Santé Sexuelle

Et pour terminer....., Man Ray, La Prière, 1930



ANNEXE 2 : courrier d'explication

Justine Raymond
Masseur - Kinésithérapeute D.E.
DIU Statique pelvienne et Uro-Dynamique
24 avenue du Prado
13006 Marseille
justinekine@hotmail.com
www.kineprado.fr



Février 2017

Madame,

L'incontinence anale représente 11% des personnes âgées de plus de 45 ans et entre 4% et 38% des femmes après un accouchement par voie basse (différences de prévalence suivant la méthode d'étude adoptée). Cette prévalence de l'incontinence anale est probablement sous-estimée car peu de personnes osent en parler.

Elle reste un sujet tabou et très peu étudié.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre du DIU « d'études de la sexualité humaine » de la faculté de médecine Marseille-Nîmes, j'ai choisi de préparer une étude sur « incontinence anale, corporeité et sexualité ».

Cette étude vise à améliorer le dépistage, le suivi et la qualité des soins proposés aux personnes atteintes de ce handicap aussi honteux que dégradant.

J'ai donc besoin de vous et je vous serai reconnaissante de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questionnaires ci-joints. Ils sont au nombre de 5.

Merci de bien vouloir entourer vos réponses.

Les données collectées me serviront à l'élaboration de mon mémoire de fin d'études.

Je serai la seule à y avoir accès, et les résultats ne serviront qu'à des fins de recherche, aucun usage commercial, bien entendu, n'en sera fait. Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles et anonymes. En aucun cas votre nom n'apparaîtra.

Nous vous remercions d'avance pour le temps que vous voudrez bien consacrer à notre étude. Les résultats seront disponibles dès la fin de l'étude. Vous pourrez alors m'envoyer un mail pour que je puisse vous les transmettre.

Afin de m'adresser les questionnaires dans les plus brefs délais, nous vous conseillons de me les rendre soit par mail soit par l'enveloppe timbrée ci jointe.

Je reste à votre entière disposition pour toute question ou renseignement.

Cordialement,

Justine Raymond

ANNEXE 3 : Questionnaire personnel



Justine Raymond – masseur kinésithérapeute

24 avenue du prado – 13006 Marseille

Questionnaire Personnel

1. Age :
2. Etes-vous un homme ou une femme ?....
3. Votre poids :kg
4. Votre taille :
5. Activité professionnelle : oui non
6. Profession :
7. Etes-vous en couple ? oui non
8. Avez-vous plusieurs partenaires sexuels ? oui non
9. Depuis combien de temps êtes-vous avec votre partenaire actuel ?
10. Nombre de grossesse (s) ...
11. Accouchement : voie basse (nombre :) césarienne (nombre :)
Forceps ventouses épisiotomie déchirure périnéale
12. Nombre d'enfant (s)...
13. Fausse (s) couche (s) oui (nombre : ...) non
 Interruption thérapeutique de grossesse oui (nombre : ...) non
 Interruption volontaire de grossesse oui (nombre : ...) non
14. Ménopause : oui non
15. Date de début des troubles d'incontinence anale :
16. Avez-vous des troubles d'incontinence urinaire associées ? oui non
17. Avez-vous une descente d'organes ? oui non
18. Comment qualifierez-vous votre entente avec votre partenaire avant les troubles d'incontinence anale?
 Parfaite bonne moyenne mauvaise
19. Comment qualifierez-vous votre entente avec votre partenaire depuis les troubles d'incontinence anale?
 Parfaite bonne moyenne mauvaise
20. Parlez-vous de vos problèmes d'incontinence anale à votre partenaire ? oui non
21. Avez-vous des antécédents de maladies particulières ? oui non
 Lesquels : hypertension artérielle diabète tabac
 cholestérol
 Autres :
22. Etes-vous constipé(e) ? oui non

44. Souhaiteriez-vous que ce soit un professionnel qui aborde le sujet ? oui non
45. A qui auriez-vous aimé pouvoir en parler en 1^{er} ?
 Médecin traitant gynécologue gastro proctologue sexologue
 Kinésithérapeute psychologue famille amis autres :....
46. Selon vous, y a-t-il eu une modification de votre vie sexuelle depuis l'apparition de vos troubles d'incontinence anale ? oui non
47. Si oui, pour quelles raisons ?
 Douleurs peur anxiété dégoût gêne pudeur perte d'envie
 Autres :.....
48. Avez-vous besoin de programmer vos rapports sexuels ? oui non
49. Avez-vous des rapports sexuels imprévus ? oui non
50. Pensez-vous que la sodomie (pratique sexuelle de pénétration anale) est un facteur favorisant les problèmes d'incontinence anale ? oui non
51. Avez-vous vécu dans votre vie d'enfant ou d'adulte des émotions négatives autour de la sexualité ? oui non
52. Avez-vous subi des violences sexuelles ? oui non
 Si oui, à quel âge ?.....

53. Ce questionnaire vous a :

- Ennuyé
- Gêné
- Intéressé
- Amusé
- Autres :.....

En vous remerciant,
 Bien cordialement

Annexe 4 : Questionnaire corporeité



Justine Raymond –masseur kinésithérapeute

24 avenue du prado 13006 Marseille

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre investissement corporel, dans plusieurs de ses dimensions : corps hygiénique, corps sportif, corps sensuel (approche du monde par les cinq sens), corps sexuel et corps érotique (corps qui vit et qui est engagé dans la relation avec autrui).

Tout d'abord, quelques questions sur **l'image générale** que vous avez de votre propre corps :

- 1) **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre corps ?**
 Pas du tout Plus ou moins Beaucoup Entièrement
- 2) **Avez-vous déjà eu recours à la chirurgie esthétique ?**
 Oui Non Si oui, sur quelle partie de votre corps ?.....
- 3) **Avec-vous un (plusieurs) tatouage(s) ?**
 Oui Non
- 4) **Avez-vous déjà souffert de troubles alimentaires ?**
 Oui Non Si oui, de quels types ?.....
- 5) **Suivez-vous actuellement un régime particulier ?**
 Oui Non Si oui, lequel ?.....
- 6) **Dites-vous ou pensez-vous que quelqu'un « a l'air bien » parce qu'il a perdu du poids ou désapprouvez-vous quelqu'un qui prend du poids ?**
 Oui Non
- 7) **Quel est d'après vous la mesure de l'influence des médias sur votre vision du corps idéal ?**
 Pas du tout Plus ou moins Beaucoup Essentielle

CORPS HYGIENIQUE

- 8) **Portez-vous beaucoup d'attention à votre corps ?**
 Pas du tout Un peu Beaucoup Excessivement
- 9) **Combien de douches-bains prenez-vous par semaine ?**
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Plus
- 10) **Utilisez-vous des produits de beauté ou de soins du corps ? (masques, crèmes, huiles, sels de bains, etc...)**
 Oui Non
- 11) **Vous lavez-vous ? : (plusieurs réponses possibles)**
 Par obligation Par plaisir Par éducation
- 12) **Pratiquez-vous des soins à l'extérieur de votre domicile ? (plusieurs réponses possibles)**
 Non Hammam Podologue Coiffeur Manucure
 Esthéticienne Epilation Spa Journée(s) de cure "bien-être"

CORPS SPORTIF

13) Pratiquez-vous un sport ?

- Non Oui Lequel ?
- Athlétisme (marche, course, saut, lancer, sprint...)
 - Sports collectifs (base-ball, basket-ball, hockey, volley, football, rugby)
 - Gymnastique (artistique, rythmique, trampoline, aérobic...)
 - Cyclisme
 - Arts martiaux (Aïkido, judo, karaté, capoeira...)
 - Sports de combat (boxe, escrime, lutte, sambo...)
 - Sports de force (bodybuilding, fitness, haltérophilie...)
 - Epreuves combinées (triathlon, pentathlon...)
 - Sports de plein air et de nature (alpinisme, escalade, pêche, spéléo...)
 - Sports aériens (cerf-volant, vol à voile, ULM, parapente...)
 - Sports motorisés (motoscyclisme...)
 - Sports de raquette (tennis, badminton, pelote basque...)
 - Sports de cible (golf, billard, croquet, pétanque, tir...)
 - Sports nautiques (apnée, aviron, natation, voile, planche à voile...)
 - Sports de glisse (ski, surf, skateboard, kitesurf...)
 - Sports de glace (luge, patinage...)
 - Sports avec animaux (sports équestres, polo, course camarguaise...)

14) A quelle fréquence le pratiquez-vous ?

- Tous les jours 2 à 3 fois par semaine 1 fois par semaine Tous les quinze jours

15) Quelle(s) sensation(s) avez-vous avant de pratiquer le sport ?

- Enthousiasme Flemme Obligation Autre

16) Quelle(s) sensation(s) avez-vous pendant la pratique du sport ?

- Bien-être physique Bien-être moral Fatigue mentale Douleur
 Orgasme Autres

17) Quelle(s) sensation(s) avez-vous après la pratique du sport ?

- Bien-être physique Bien-être moral Fatigue mentale Douleur
 Orgasme Autres

18) Quelle(s) sensation(s) avez-vous si vous ne pouvez pas pratiquer le sport?

- Soulagement Culpabilité Tristesse Anxiété-Stress
 Rien de particulier Autres

19) Qu'utilisez-vous pour vos déplacements (plusieurs choix possibles) ?

- Marche Vélo Voiture 2 roues motorisées Transports en commun

20) Prenez-vous des compléments alimentaires énergétiques ?

- Oui Non

CORPS SENSUEL

21) Vous décririez-vous comme quelqu'un de sensuel ?

- Oui Non Je ne sais pas

22) Est-ce que votre entourage vous décrit comme quelqu'un de sensuel ?

- Oui Non Je ne sais pas

23) Quel est le sens le plus développé chez vous ?

- Vue Odorat Toucher Ouïe Goût

24) Quel est le sens le plus sensible (=qui provoque chez vous les plus grandes émotions) ?

- Vue Odorat Toucher Ouïe Goût

25) Sur quel sens vous sentez-vous en manque personnel ?

- Vue Odorat Toucher Ouïe Goût

26) Avez-vous déjà pratiqué une (des) séances de:

- Massage Sophrologie Relaxation Yoga Tai-chi-chuan
 Musicothérapie Haptonomie Kinésiologie Acupuncture

27) Souffrez-vous d'une douleur physique chronique (articulaire, dermatologique, gynécologique...)?

- Oui Non

CORPS SEXUEL

28) Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels actuellement ? (nb de fois/unité de temps)

.....

28) Pratiquez-vous la masturbation ?

- Oui Non Si oui à quelle fréquence ?.....

29) Vous sentez-vous satisfait sexuellement ?

- Parfaitement Plutôt oui Plutôt non Non

30) Avez-vous des difficultés d'ordre sexuel ?

- Oui Non

31) Souffrez-vous de l'une de ces pathologies ?

- Ejaculation prématurée Ejaculation retardée Troubles de l'érection
 Troubles de l'orgasme Douleur à la pénétration Vaginisme (contraction involontaire du vagin lors de tout essai de pénétration) Trouble du désir Difficulté d'orientation sexuelle Difficultés relationnelles Compulsivité sexuelle (besoin irrésistible de poser un geste à caractère sexuel afin de soulager une tension qui devient intolérable suivie de culpabilité) Déviances sexuelles (comportements sexuels impliquant des objets ou des situations inappropriées qui reviennent de façon marquée et insistante)

- 32) Avez-vous été victime d'un abus sexuel ?**
o Oui o Non o Si oui, quel âge avez-vous ?.....

CORPS EROTIQUE

- 33) Avez-vous le sentiment d'avoir une gestuelle personnelle ?**
o Oui o Non
- 34) Actuellement, vous sentez-vous désirable ?**
o Oui o Non
- 35) Actuellement, vous souvenez-vous de vos rêves (la nuit) ?**
o Non o Parfois o Souvent o Tout le temps
- 36) Actuellement, avez-vous des fantasmes ?**
o Non o Parfois o Souvent o Tout le temps
- 37) Vous arrive-t-il d'éprouver un sentiment de désir envers quelqu'un ?**
o Oui o Parfois o Souvent o Jamais
- 38) Vous arrive-t-il d'éprouver du plaisir dans la journée (physique ou psychique) ?**
o Oui o Parfois o Souvent o Jamais
- 39) Vous arrive-t-il d'avoir de la souffrance morale ?**
o Toujours o Parfois o Souvent o Jamais
- 40) Aimez-vous danser ?**
o Oui o Non o Je ne sais pas

VOUS

- 41) De quel sexe êtes-vous ?**
o Féminin o Masculin o Autre
- 42) Quel âge avez-vous ?.....**
- 43) Avez-vous baigné enfant dans une culture particulière ?.....**
- 44) Quelle est votre orientation sexuelle ?**
o Hétérosexuel(le) o Homosexuel(le) o Bisexuel(le) o Autre :.....
- 45) Etes-vous ?**
o Célibataire o Marié(e) o En couple o Divorcé(e) o Pacsé(e) o Veuf (veuve)
- 46) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?**
o Agriculteur, exploitant o Artisan, commerçant et chef d'entreprise o Cadre et profession intellectuelle supérieure
o Employé o Ouvrier o Retraité o Profession intermédiaire
o Sans activité professionnelle
- 47) D'après-vous, quel budget environ utilisez-vous pour votre corps par mois (alimentation+soins du corps+activité sportive+autre) ?**
o 0 à 400 euros o 400 à 600 euros o 600 à 800 euros o 800 à 1000 euros
o Plus

48) Connaissez-vous l'existence de tous vos corps ?

Oui Non

Je connaissais :

Corps hygiénique Corps sportif Corps sensuel Corps
sexuel

Corps érotique

Annexe 5 : questionnaire Jorge et Wexner



QUESTIONNAIRE D'INCONTINENCE ANALE (SCORE DE JORGE ET WEXNER)

1. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

- (0) jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Moins d'une fois par semaine
- (3) Plus d'une fois par semaine
- (4) Une fois par jour ou plus

2. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

- (0) jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Moins d'une fois par semaine
- (3) Plus d'une fois par semaine
- (4) Une fois par jour ou plus

3. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

- (0) jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Moins d'une fois par semaine
- (3) Plus d'une fois par semaine
- (4) Une fois par jour ou plus

4. A cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures?

- (0) jamais
- (1) rarement
- (2) parfois
- (3) souvent
- (4) Toujours

5. Les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

- (0) non
- (1) légèrement
- (2) Un peu
- (3) beaucoup
- (4) Considérablement

6. Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ?

- (0) non
- (1) légèrement
- (2) Un peu
- (3) beaucoup
- (4) Considérablement

7. Quel facteur rendez-vous responsable de votre incontinence ?

- (0) Chirurgie
- (1) Accouchements
- (2) ménopause
- (3) Autre
- (4) Aucun identifié

8. Prenez vous des médicaments pour vous constiper ?

- Oui non

9. Quand vous avez envie d'aller à la selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ?

- Oui non

10. Avez-vous des pertes de selles dont vous vous rendez compte après coup ?

- Oui non

11. Avez-vous des suintements de l'anus ?

- Oui non

En vous remerciant,
Justine Raymond – masseur kinésithérapeute
24 avenue du Prado
13006 Marseille

Annexe 6 : Questionnaire score de cleveland

Score fonctionnel d'incontinence fécale dit de Jorge & Wexner ou Score de Cleveland

(Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97).

Nature	Fréquence				
	0	> 1mois	< 1mois	< 1 semaine	= 1 jour
selles solides	0	1	2	3	4
selles liquides	0	1	2	3	4
gaz	0	1	2	3	4
garnitures	0	1	2	3	4
qualité de vie	0	1	2	3	4

Valeurs extrêmes : 0-20

Annexe 7: Questionnaire anxiété-dépression



Merci de bien vouloir entourer votre item correspondant

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

Annexe 8 : Questionnaire Bisf-W



QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA SEXUALITE FEMININE Version française du BISF-W

Ce questionnaire porte sur des sujets délicats et personnels. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas répondre à une question, vous pouvez passer à la suivante. Répondez aux questions suivantes en entourant la réponse correspondant le mieux à votre activité au cours des 4 dernières semaines.

1. Avez-vous actuellement un(e) partenaire sexuel(-le) ? Oui ___ Non ___

2. Avez-vous eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines ?

Oui ___ Non ___

3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des pensées sexuelles, des fantasmes ou des rêves érotiques ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Jamais

(1) Une fois

(2) 2 à 3 fois

(3) Une fois par semaine

(4) 2 à 3 fois par semaine

(5) Une fois par jour

(6) Plusieurs fois par jour

4. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez combien de fois vous avez eu envie de faire les choses suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	_____	(0) Jamais
Masturbation seule	_____	(1) Une fois
Masturbation avec votre partenaire	_____	(2) 2 à 3 fois
Caresses et jeux sexuels	_____	(3) Une fois par semaine
Sexe oral (fellation ou cunnilingus par vous ou votre partenaire)	_____	(4) 2 à 3 fois par semaine (5) Une fois par jour (6) Plusieurs fois par jour
Pénétration vaginale	_____	
Rapport anal (sodomie)	_____	

5. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez été excitée par les expériences sexuelles suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	_____	(0) Je n'ai pas fait cela
Rêves ou fantasmes	_____	(1) Jamais excitée
Masturbation seule	_____	(2) Rarement (- de 25%)
Masturbation avec votre partenaire	_____	(3) Parfois (= 50%)
Caresses et jeux sexuels	_____	(4) Souvent (75%)
Sexe oral (fellation ou cunnilingus par vous ou votre partenaire)	_____	(5) Tout le temps excitée
Pénétration vaginale	_____	
Rapport anal (sodomie)	_____	

6. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été anxieuse ou mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle avec votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Pas du tout anxieuse ou mal à l'aise
- (2) Rarement (moins de 25% du temps)
- (3) Parfois (environ 50% du temps)
- (4) La plupart du temps (environ 75% du temps)
- (5) Tout le temps anxieuse ou mal à l'aise

7. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez combien de fois vous avez eu les activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	_____	(0) Jamais
Fantasmes sexuels	_____	(1) Une fois
Masturbation seule	_____	(2) 2 à 3 fois
Masturbation avec votre partenaire	_____	(3) Une fois par semaine
Caresses et jeux sexuels	_____	(4) 2 à 3 fois par semaine
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)	_____	(5) Une fois par jour (6) Plusieurs fois par jour
Pénétration vaginale	_____	
Rapport anal (sodomie)	_____	

8. Au cours des 4 dernières semaines, qui a eu la plupart du temps l'initiative des activités sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire sexuel(-le)
- (1) Je n'ai pas eu de rapports sexuels avec mon/ma partenaire au cours des 4 dernières semaines
- (2) J'ai eu l'initiative la plupart du temps
- (3) J'ai autant eu l'initiative que mon/ma partenaire
- (4) Mon/ma partenaire a eu l'initiative la plupart du temps

9. Au cours des 4 dernières semaines, la plupart du temps, comment avez-vous répondu aux avances de votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Au cours des 4 dernières semaines mon/ma partenaire ne m'a pas fait d'avances
- (2) J'ai refusé la plupart du temps
- (3) J'ai parfois refusé
- (4) J'ai accepté à contrecœur
- (5) J'ai accepté, mais pas toujours avec plaisir
- (6) J'ai accepté avec plaisir la plupart du temps
- (7) J'ai tout le temps accepté avec plaisir

10. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu du plaisir lors de vos activités sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Je n'ai pas eu d'activités sexuelles au cours des 4 dernières semaines
- (2) Je n'ai pas eu de plaisir
- (3) Rarement (moins de 25% du temps)
- (4) Parfois (environ 50% du temps)
- (5) La plupart du temps (environ 75% du temps)
- (6) J'ai tout le temps eu du plaisir

11. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez eu un orgasme lors des activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|
| Rêves ou fantasmes | _____ | (0) Je n'ai pas eu de partenaire |
| Baiser sensuel | _____ | (1) Je n'ai pas fait cela |
| Masturbation seule | _____ | (2) Jamais |
| Masturbation avec votre partenaire | _____ | (3) Rarement (25% du temps) |
| Caresses et jeux sexuels | _____ | (4) Parfois (environ 50% du temps) |
| Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou par votre partenaire) | _____ | (5) La plupart du temps (75%) |

Pénétration vaginale _____ (6) J'ai tout le temps eu un orgasme
Rapport anal (sodomie) _____

12. Au cours des 4 dernières semaines, la fréquence de l'activité sexuelle avec votre partenaire a été : (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Moins importante que ce que vous auriez voulu
- (2) Aussi importante que ce que vous auriez voulu
- (3) Plus importante que ce que vous auriez voulu

13. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont changé au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Intérêt pour le sexe _____ (0) Je ne suis pas concernée
Excitation sexuelle _____ (1) A nettement diminué
Activité sexuelle _____ (2) A légèrement diminué
Satisfaction sexuelle _____ (3) N'a pas changé
Anxiété par rapport au sexe _____ (4) A légèrement augmenté
(5) A nettement augmenté

14. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu les problèmes suivants ? (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Saignements ou irritation après _____ (0) Jamais
pénétration vaginale _____ (1) Rarement (moins de 25%)
Manque de lubrification vaginale _____ (2) Parfois (environ 50% du temps)
Pénétration ou rapport douloureux _____ (3) La plupart du temps (environ 75%)
Difficulté à avoir un orgasme _____ (4) Tout le temps
Fuites d'urine _____
Vagin contracté (vaginisme) _____
Maux de tête après l'activité sexuelle _____
Infection vaginale _____

15. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont eu des conséquences sur votre niveau d'activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Mes problèmes de santé	_____	(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(par exemple : infection, maladie)	_____	(1) Jamais
Les problèmes de santé de mon/ma partenaire	_____	(2) Rarement (moins de 25% du temps)
Des conflits dans le couple	_____	(3) Parfois (environ 50% du temps)
Le manque d'intimité	_____	(4) La plupart du temps (75% du temps)
Autre (veuillez préciser)	_____	(5) Tout le temps

16. Etes-vous satisfaite de votre apparence physique générale ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Très satisfaite
- (1) Plutôt satisfaite
- (2) Ni satisfaite ni mécontente
- (3) Plutôt mécontente
- (4) Très mécontente

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous réussi à faire comprendre à votre partenaire quels étaient vos désirs ou préférences sexuels ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Je n'ai pas réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels
- (2) Rarement (moins de 25% du temps)
- (3) Parfois (environ 50% du temps)
- (4) La plupart du temps (environ 75% du temps)
- (5) J'ai toujours réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels

18. Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite de vos relations sexuelles avec votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire

(1) Très satisfaite

(2) Plutôt satisfaite

(3) Ni satisfaite ni mécontente

(4) Plutôt mécontente

(5) Très mécontente

19. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre partenaire a été satisfait(e) de vos relations sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire

(1) Très satisfait(e)

(2) Plutôt satisfait(e)

(3) Ni satisfait(e) ni mécontent(e)

(4) Plutôt mécontent(e)

(5) Très mécontent(e)

20. Dans l'ensemble, à quel point l'activité sexuelle est-elle importante dans votre vie ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Pas du tout importante

(1) Plutôt pas importante

(2) Ni l'un ni l'autre

(3) Plutôt importante

(4) Très importante

21. Entourez le chiffre de la proposition qui décrit le mieux votre expérience sexuelle.

- (1) Complètement hétérosexuelle
- (2) Largement hétérosexuelle, avec quelques expériences homosexuelles
- (3) Largement hétérosexuelle, avec de nombreuses expériences homosexuelles
- (4) Autant hétérosexuelle qu'homosexuelle
- (5) Largement homosexuelle, avec de nombreuses expériences hétérosexuelles
- (6) Largement homosexuelle, avec quelques expériences hétérosexuelles
- (7) Complètement homosexuelle

22. Entourez le chiffre de la proposition qui décrit le mieux vos désirs sexuels.

- (1) Complètement hétérosexuels
- (2) Largement hétérosexuels, avec quelques désirs homosexuels
- (3) Largement hétérosexuels, avec de nombreux désirs homosexuels
- (4) Autant hétérosexuels qu'homosexuels
- (5) Largement homosexuels, avec de nombreux désirs hétérosexuels
- (6) Largement homosexuels, avec quelques désirs hétérosexuels
- (7) Complètement homosexuels

Annexe 9 : Entretien semi qualitatif



Entretien semi-qualitatif

Merci de bien vouloir répondre à ces questions

le plus sincèrement possible

1. Pouvez-vous parler de vos problèmes d'incontinence anale à votre partenaire et comment cela se passe-t-il pour vous ?
2. Est-ce facile pour vous d'en parler autour de vous et avec qui aimeriez-vous pouvoir parler de vos problèmes d'incontinence anale ?
3. Comment vous sentez vous dans votre corps depuis les troubles d'incontinence anale?
4. Comment pouvez-vous définir votre identité féminine depuis les troubles d'incontinence anale?
5. Comment définiriez-vous votre désir aujourd'hui ?
6. Comment qualifieriez-vous votre entente conjugale avec votre partenaire depuis les troubles d'incontinence anale ? Quel type de relation avez-vous ?
7. Comment qualifieriez-vous votre entente sexuelle avec votre partenaire depuis les troubles d'incontinence anale?

Annexe 10 : Poème

Poème Guillaume Apollinaire – poème à madeleine – les 9 portes de ton corps - 1915

Ce poème est pour toi seule Madeleine
Il est un des premiers poèmes de notre désir
Il est notre premier poème secret ô toi que j'aime
Le jour est doux et la guerre est si douce, s'il fallait en mourir.

Tu l'ignores ma vierge à ton corps sont neuf portes
J'en connais sept et deux me sont celées
J'en ai pris quatre j'y suis entré n'espère plus que j'en sorte
Car je suis entré en toi par tes yeux étoilés
Et par tes oreilles avec les paroles que je commande et qui sont mon escorte.

Œil droit de mon amour première porte de mon amour
Elle avait baissé le rideau de sa paupière
Tes cils étaient rangés devant comme les soldats noirs peints sur un vase grec paupière rideau
lourd
De velours
Qui cachait ton regard clair
Et lourd
Pareil notre amour

Œil gauche de mon amour deuxième porte de mon amour
Pareille à son amie et chaste et lourde d'amour ainsi que lui
Ô porte qui mènes à ton cœur mon image et mon sourire qui luit
Comme une étoile pareille à tes yeux que j'adore
Double porte de ton regard je t'adore
Oreille droite de mon amour troisième porte
C'est en te prenant que j'arrivai à ouvrir entièrement les deux premières portes
Oreille porte de ma voix qui t'a persuadée
Je t'aime toi qui donnas un sens à l'image grâce à l'idée

Et toi aussi oreille gauche toi qui des portes de mon amour es la quatrième
Ô vous les oreilles de mon amour, je vous bénis
Portes qui vous ouvrîtes à ma voix
Comme les roses s'ouvrent aux caresses du printemps
C'est par vous que ma voix et mon ordre
Pénètrent dans le corps entier de Madeleine
J'y entre homme tout entier et aussi tout entier poème
Poème de son désir qui fait que moi aussi je m'aime

Narine gauche de mon amour cinquième porte de mon amour et de nos désirs
J'entrerai par-là dans le corps de mon amour
J'y entrerai subtil avec mon odeur d'homme
L'odeur de mon désir
L'âtre parfum viril qui enivrera Madeleine

Narine droite sixième porte de mon amour et de notre volupté
Toi qui sentiras comme ta voisine l'odeur de mon plaisir
Et notre odeur mêlée plus forte et plus exquise qu'un printemps en fleurs
Double porte des narines je t'adore toi qui promets tant de plaisirs subtils
Puisés dans l'art des fumées et des fumets

Bouche de Madeleine septième porte de mon amour
Je vous ai vue ô porte rouge gouffre de mon désir
Et les soldats qui s'y tiennent morts d'amour m'ont crié qu'ils se rendent
Ô porte rouge et tendre
Ô Madeleine, il est deux portes encore
Que je ne connais pas
Deux portes de ton corps
Mystérieuses

Huitième porte de la grande beauté de mon amour
Ô mon ignorance semblable à des soldats aveugles parmi les chevaux de frise sous la lune
liquide des Flandres à l'agonie
Ou plutôt comme un explorateur qui meurt de faim, de soif et d'amour dans une forêt vierge
Plus sombre que l'Erebe
Plus sacrée que celle de Dodone
Et qui devine une source plus fraîche que Castalie
Mais mon amour y trouverait un temple
Et après avoir ensanglanté le parvis sur qui veille le charmant monstre de l'innocence
J'y découvrirais et ferais jaillir le plus chaud geyser du monde
Ô mon amour, ma Madeleine
Je suis déjà le maître de la huitième porte

Et toi neuvième porte plus mystérieuse encore
Qui t'ouvres entre deux montagnes de perles
Toi plus mystérieuse encore que les autres
Portes des sortilèges dont on n'ose point parler
Tu m'appartiens aussi
Suprême porte
À moi qui porte
La clef suprême
Des neuf portes

Ô portes, ouvrez-vous à ma voix
Je suis le maître de la Clef...

Annexe 11 : Déclaration du CNIL

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

UGv2061364K

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : KINÉ PRADO 24

Sigle (facultatif) :

N° SIRET : 454004656 00038

Service :

Code APE : 8690E Autres activités pour la santé humaine

Adresse : 24 AVENUE DU PRADO

Code postal : 13006 - Ville : MARSEILLE

Téléphone : 0491473653

Adresse électronique : JUSTINEKINE@HOTMAIL.COM

Fax :

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lien d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)

Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : RAYMOND Justine

Sigle (Facultatif) :

N° SIRET :

Service :

Code NAF :

Adresse : 24 AVENUE DU PRADO

Code postal : 13006 Ville : MARSEILLE

Téléphone : 0682800238

Adresse électronique : JUSTINEKINE@HOTMAIL.COM

Fax :

3 Finalité du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :

MÉMOIRE DANS LE CADRE DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE. L'ÉTUDE PORTE SUR "INCONTINENCE ANALE, CORPOREITÉ ET SEXUALITÉ". L'INCONTINENCE ANALE REPRÉSENTE 11% DES PERSONNES DE PLUS DE 45 ANS ET ENTRE 5 ET 38% DES FEMMES APRÈS UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE (DIFFÉRENCES DE PRÉVALENCE SELON LES ÉTUDES). CETTE PRÉVALENCE DE L'INCONTINENCE ANALE EST PROBABLEMENT SOUS ESTIMÉE CAR PEU DE PERSONNES OSENT EN PARLER. 5% DES PERSONNES ATTEINTES OSENT EN PARLER À LEUR MÉDECIN. CETTE PROBLÉMATIQUE EST UN SUJET TABOU ET DONC PEU ÉTUDIÉ. D'OÙ L'INTÉRÊT PORTÉ À CETTE ÉTUDE. ELLE VISE À AMÉLIORER LE DÉPISTAGE, LE SUIVI ET LA QUALITÉ DES SOINS PROPOSÉS AUX PERSONNES ATTEINTES DE CE HANDICAP AUSSI HONTEUX QUE DÉGRADANT. LES PERSONNES CONCERNÉES DEVRONT REMPLIR 5 QUESTIONNAIRES ANONYMES.

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

- Salariés Usagers Adhérents Clients (actuels ou potentiels) Visiteurs
 Autres (Veuillez préciser) : patients

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (facultatif) :

- Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC) Mécanisme d'anonymisation
 Carte à puce Géo localisation (Ex. : GPS couplé avec GSM/GPRS)
 Vidéoprotection Nanotechnologie
 Autres (précisez) :

4 Données traitées

Catégories de données	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conservez-vous les données sur support informatique?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez 18 mois	Destinataires : aucun
Vie professionnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez 18 mois	Destinataires : aucun
Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la	Destinataires :

7 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
- Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
- Une journalisation des connexions est effectuée
- Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)
- Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

5 Données sensibles

En grisé apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

<p>N° de sécurité sociale (NIR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>	<p>Destinataires :</p>
<p>Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>	<p>Destinataires :</p>
<p>Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez 18 mois</p>	<p>Destinataires : aucun</p>

6 Échanges de données/interconnexions

Procédez-vous à des échanges de données ? Non
 Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant
 Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7 Sécurité/Confidentialité

Veillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
- Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
- Une journalisation des connexions est effectuée
- Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)
- Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

8 Transferts de données hors de l'Union européenne

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL www.cnil.fr/vos-responsabilites/le-transfert-de-donnees-a-letranger/)

Oui Non

! Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

9 Le droit d'accès des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi + modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- Mentions légales sur formulaire Affichage
 Mentions sur site internet Envoi d'un courrier personnalisé
 Autres mesures, précisez :

Veillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom ou raison sociale : KINÉ PRADO 24

Sigle (facultatif) :

N° SIRET : 454004656 00038

Service :

Code NAF : 8690E Autres activités pour la santé humaine

Adresse : 24 AVENUE DU PRADO

Code postal : 13006 Ville : MARSEILLE

Téléphone : 0491473653

Adresse électronique : JUSTINEKINE@HOTMAIL.COM

Fax :

10 Personne à contacter (facultatif)

Veillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : RAYMOND Justine

Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : 0682800238

Adresse électronique : JUSTINEKINE@HOTMAIL.COM

Fax :

11 Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : RAYMOND Justine

Date le : 06-02-2017

Fonction : Paramédical, Biologiste, Infirmier(e),

Signature

Kinésithérapeute

Adresse électronique : JUSTINEKINE@HOTMAIL.COM

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.