



HAL
open science

Le trouble exhibitionniste : état des lieux des connaissances sur le trouble et étude qualitative sur les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte

Marion Lariépe

► To cite this version:

Marion Lariépe. Le trouble exhibitionniste : état des lieux des connaissances sur le trouble et étude qualitative sur les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04548963

HAL Id: dumas-04548963

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04548963>

Submitted on 16 Apr 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES THESE

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par **Marion LARIEPE**

le lundi 29 janvier 2024

Le trouble exhibitionniste : état des lieux des connaissances sur le trouble et
étude qualitative sur les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte

Directeur de thèse : Dr Céline BAIS

JURY

Président : Pr. Sébastien GUILLAUME

Assesseurs : Dr. Céline BAIS et Dr Alexandra MACGREGOR

Membre invité : Madame Magali TEILLARD DIRAT

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES THESE

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par **Marion LARIEPE**

le lundi 29 janvier 2024

Le trouble exhibitionniste : état des lieux des connaissances sur le trouble et
étude qualitative sur les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte

Directeur de thèse : Dr Céline BAIS

JURY

Président : Pr. Sébastien GUILLAUME

Assesseurs : Dr. Céline BAIS et Dr Alexandra MACGREGOR

Membre invité : Madame Magali TEILLARD DIRAT

Liste du corps enseignant



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023 PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFFARGUE François	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORRIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUITER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON Ierbard	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

Professeurs Emerites

Docteurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier	VOISIN Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PUJOL Joseph
BLANC François	LARREY Dominique		
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain		
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre		
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry		
BRINGER Jacques	MAURY Michèle		
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick		
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand		
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis		
DAUZAT Michel	MOURAD Georges		
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian		
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy		
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean		
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François		
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles		
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques		
HERISSON Christian	LIZIEL Alain		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoit	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
SULTAN Ariane	Nutrition
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie



DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Héléne	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille Génétique

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynecologie médicale
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan	FILLERON Anne	MATTATIA Laurent	SENESSE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julie	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI El Medhi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SOLA Christelle
AMOUREUX Cyril	CASPER Thierry	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabelle
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOSER Camille	TEOT Luc
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jor	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	VACHIERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine	JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana	JEDRYKA François	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BENNYS Karim	CUNTZ Danielle	KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore	LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Héléne	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques	LUQUIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent	MARGUERITTE Emmanuel	SCHULDINER Sophie	

Remerciements

A mon jury de thèse :

A **Monsieur Sébastien Guillaume**, Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être président de mon jury, de m'avoir accordé votre confiance pour la réalisation de cette étude et pour vos conseils en toute bienveillance.

A **Madame Céline Bais**, je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, d'avoir fait en sorte que je me sente toujours soutenue et guidée dans la réalisation de celle-ci. J'espère que mon travail te fera honneur. Merci également d'avoir été bienveillante lorsque je débutais en tant que psychiatre dans mon premier stage aux urgences et pour ta transmission du savoir lorsque je découvrais le monde expertal. Je serais très heureuse de pouvoir travailler avec toi à nouveau à l'avenir.

A **Madame Magali Teillard Dirat**, je te remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Merci également de m'avoir épaulée et accompagnée tout au long de ce travail, pour ta bienveillance, ton enseignement et ta patience. Je serais également heureuse de pouvoir travailler un jour avec toi.

A **Madame Alexandra Macgregor**, je te remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Merci d'avoir accompagné mon évolution, ton exigence et ta rigueur m'ont permis de grandir et d'apprendre énormément à tes côtés. La légende dit que sous son masque DarGregor n'est pas si démoniaque, voire même, qu'il s'y cache un Jedi que chaque padawan admire un peu.

A ma famille :

Merci à **mes parents**, de m'avoir permis d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui et d'avoir fait de moi une personne entièrement épanouie, d'avoir parfois fait les sacrifices nécessaires pour cela et de m'avoir toujours soutenue. Mention spéciale à Maman pour ta déformation professionnelle et toutes ces heures de correction...

Merci à **mon frère Romain**, d'être le frère que tu es, d'être une personne brillante avec qui c'est toujours un plaisir de débattre et de rire.

Aux différents terrains de stage et à mes collègues :

Merci à l'équipe de **Médecine légale** qui m'a finalement permis de comprendre que ma place était en psychiatrie même si finalement j'ai laissé l'une de mes bottes traîner dans les couloirs...

Merci à **Manon** d'avoir été ma première co-interne, je regrette de ne pas avoir partagé un stage entier avec toi.

Merci à **Rox** ta présence a été si importante dans cette période de décision cruciale pour toutes les deux. Je reste persuadée que l'on a fait le meilleur choix et je suis heureuse de te compter parmi mes amies.

Merci à **Olivia** qui aura été une co-interne puis une cheffe hors du commun, en espérant te revoir sur une île dans d'autres circonstances.

A l'équipe des urgences psychiatriques de **Lapeyronie** et ses chefs, **Marie, Mathieu, Lucile, Edith, Radu, Céline, Ali...** Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir autant appris et de m'avoir transmis votre passion pour ce métier.

Merci à mes co-internes **Victor, Lionnel et Anna** pour ces mois mouvementés et surtout aux plus anciens de m'avoir partagé tout ce qu'ils savaient avec beaucoup de patience et de bienveillance.

Sans oublier notre épicière préférée, **Bénédicte**, Merci pour ces beaux moments passés ensemble en Guadeloupe et ton entièreté.

A l'équipe de l'**USIP de Nîmes** et ses cheffes **Béregère, Charlotte, Dr Abbar** merci pour votre enseignement dans la bienveillance et la bonne humeur. Merci de m'avoir permis de conforter mon choix, de gagner en autonomie et en confiance en moi.

Merci à **Manu et Martin** qui ont été des co-internes complémentaires qui me laisseront toujours un souvenir incroyable de ce stage.

A l'équipe d'**Euzière**, pour tout ce que vous m'avez apporté professionnellement et personnellement. A **Radu et Alexandra** d'avoir été un père et une mère pour Aurèle et moi. Merci Radu de m'avoir laissé créer ton carnet de réplique, j'espère qu'il se porte bien, que les nouvelles générations prennent grand soin de le remplir, un jour il te rendra riche j'en suis persuadée...

Merci **Fanny** pour ton efficacité, ton implication dans la prise en charge des patients et surtout pour ta joie de vivre (je compte sur toi pour le carnet !).

A l'**équipe de l'USIP de Montpellier**, d'avoir rendu ce stage un souvenir plein de vie malgré la difficulté de la réalité.

A **Mathieu et Julie**, Merci de m'avoir appris et partagé beaucoup sur un domaine que j'affectionne particulièrement, pour votre enseignement de savoir et savoir être si complémentaire.

Merci à **Viny** d'avoir été co-interne si singulier et de m'avoir aidée à me perfectionner dans la joute verbale.

Au **Professeur Baccino et aux différents experts** qui m'ont accueillie dans leurs cabinets, Merci de m'avoir permis d'appréhender l'exercice difficile de l'expertise et d'accéder à son cercle très fermé.

A **Clarence**, merci d'avoir rendu ce stage de pédopsychiatrie plus que supportable, de m'avoir permis d'apprendre autant dans un domaine pour lequel j'avais tellement d'appréhensions et de préjugés.

A l'**équipe du 5 du CHS Albert Bousquet de Nouméa**, merci pour votre transmission de la culture kanak, pour m'avoir accordé toute votre confiance quand le bateau prenait l'eau, pour m'avoir soutenue quand j'étais prête à me jeter par-dessus bord. Merci de m'avoir valorisée et accompagnée dans la tempête et sous le soleil. Grâce à vous, j'ai grandi professionnellement et personnellement.

Merci à **Pauline** d'avoir été une professionnelle inspirante et une amie enrichissante.

Merci à **François** d'avoir apporté de la légèreté dans les turbulences.

Merci à **Anouck et Jeanne** pour votre écoute, votre réassurance et d'avoir rendu le travail plus agréable.

A mes amis d'ici :

Merci à la promo du love...

Merci à mes brondelles, **Emma**, pour tous ces moments partagés en toute simplicité. Merci d'illuminer nos cerveaux par tes connaissances mais surtout tes rires, ta gentillesse et ta douceur. **Camille**, pour toutes ces aventures à travers le monde, du rockstore aux Etats Unis... Pour ces fous rires et ces larmes, cette amitié passionnelle. Merci à vous deux d'avoir fait de mes années d'internat des années intenses, à tel point que je n'ai jamais voulu qu'elles s'arrêtent. En espérant que la vie nous réunira à nouveau.

Merci à **Hanaé** d'avoir été le premier visage amical de cette nouvelle vie après le changement de filière et d'avoir continué à l'être stage après stage. Merci de m'avoir transmis ton impulsion de partir dans le pacifique, sans ça, il aurait manqué beaucoup de souvenir à ma vie. Ça a été un bonheur incroyable de pouvoir te croiser entre deux jet lag et deux jets de larmes, à l'autre bout du monde. Je crois qu'à la croisée des chemins la vie me ramène souvent à toi.

Merci à **Margaux**, pour ton sarcasme légendaire, pour ta pointe de négativisme qui sème la zizanie dans nos personnalités abandonniques mais qui cache, en fait, une très belle personne que j'espère évoluera encore à mes côtés.

Merci à **Aurèle**, d'avoir été le meilleur des co-internes puis le meilleur des amis, fidèle et conservateur de tous mes secrets. Merci pour ton immaturité, c'est sans nul doute la source inépuisable de notre complicité.

Merci aux autres pépettes, **Fanny, Sarah, Amélie, Orane**, ainsi qu'à **Valérian, Pierre, Damien, Arnaud et Romain** pour vos particularités à chacun qui font de cette promotion une promotion si incroyable que je n'aurais pu imaginer mieux. Il me tarde de vous retrouver en juin pour notre traditionnel week-end !

Merci à **Audrey** d'avoir été une cheffe puis une amie qui force l'admiration. Merci pour tous ces moments d'échanges, ces quelques escapades à l'étranger qui n'en sont qu'à leurs débuts je l'espère. Merci surtout pour ta générosité, d'avoir toujours ouvert les bras pour accueillir ma joie et essuyer mes larmes.

Merci à **Clémence** d'être là quand il faut l'être. Merci d'avoir parcouru le globe pour venir partager des moments indélébiles, pour ta joie. Merci d'être le vent dans la tempête, t'es sûrement la première que j'appellerais si je dois planquer un cadavre !

Merci à **Blandine**, pour ta présence même dans mon absence, d'être une amie à l'écoute, présente et aimante.

Merci aux plus jeunes et aux plus vieux, **Victor et Lucile, Rémi, Ines, Charles et Marie, Meryem et PB, Sonya, Lucas, Clara, Adama, Thierry, Raphael, Raph, Marine, Thomas, Sophie, Sandra, Jules, Robin et Victor** de m'avoir permis de brûler la vie par les deux bouts à vos côtés dès que l'occasion se présentait.

A mes amis d'ailleurs :

Merci à **Juliette** pour ton amitié indéfectible à travers les années malgré les kilomètres qui nous aurons toujours séparée. En espérant qu'un jour nous serons enfin sur le même fuseau horaire de manière pérenne. A très vite, au Maroc, pour se créer de nouveaux souvenirs pleins d'aventure.

Merci à **Cindy** pour ton écoute infaillible, ta valorisation, ta réassurance. Tu es de ces personnes dont les choses ne changent pas à travers le temps ou la distance. Je sais que le téléphone n'est jamais bien loin.

Merci à **Emilie** pour avoir investi autant de confiance en nous après les difficiles étapes de l'externat Dijonnais. J'espère que j'aurais l'occasion de voyager au-delà des frontières françaises avec le petit bout de femme que tu es.

A la famille Calédonienne ...

Merci à **Camille** d'avoir été une colocataire géniale dans notre palace, mon meilleur souvenir restera toujours les brossages de dents avec une musique d'ascenseur.

Merci à **Laurianne** d'avoir été à la fois une mère et une amie inspirante pendant ce périple.

Merci à **Maé** d'avoir épousé ma folie dès le jour de notre rencontre, on se retrouve en Argentine.

Merci à **Eva** d'avoir été un boutentrain dans le pacifique, dans l'attente que tu le redeviennes en terre Montpelliéraine.

Merci à **Edouard** d'avoir été mon roux de secours dans le pacifique, j'ai hâte de pouvoir roux couler en métropole avec toi, je t'envoie des bisous avec ma plus belle bouche de mérroux.

Merci **Julie** de m'avoir oubliée dans tes remerciements de thèse et d'avoir surtout été un rayon de soleil familial lorsque mes quelques repères disparaissaient doucement. Merci d'avoir été la première et meilleure de mes internes.

Merci à **Adélie** d'être toi sans en avoir conscience.

Merci à **Lydia** pour ta générosité, de nous toutes c'est toi la première sur la liste du paradis.

Merci à **Halima, Léa, Clélie et Bastien, Manon et Caro** pour ces moments intenses de bonheur à vos côtés, espérant qu'ils soient précurseurs de pleins d'autres.

Table des matières

PARTIE 1 : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE EXHIBITIONNISTE ... 26

I) INTRODUCTION	27
II) RESULTATS :	29
1. <i>Épidémiologie</i>	29
1.1. Prévalence de la victimisation :	29
1.2. Prévalence du trouble exhibitionniste en population générale :	30
2. <i>Caractéristiques des passages à l'acte</i> :	32
2.1. Les caractéristiques des victimes :	32
2.2. Les lieux du passage à l'acte :	33
2.3. Le déroulement du passage à l'acte :	33
2.4. Les motivations du passage à l'acte :	34
2.5. Les facteurs facilitateurs du passage à l'acte :	35
2.6. Les formes cliniques :	36
3. <i>Caractéristiques des auteurs</i> :	38
3.1. Facteurs de risques d'exhibitionnisme :	38
3.2. Association aux autres paraphilies :	40
3.3. La récurrence et la dangerosité :	41
4. <i>Psychopathologie du trouble exhibitionniste</i> :	44
4.1. Approche psychanalytique :	44
4.2. Les pensées sexuelles déviantes :	45
4.3. L'hypersexualité :	47
5. <i>Les prises en charges thérapeutiques</i> :	50
5.1 Evolution des prises en charges :	50
5.2 Les recommandations :	51
5.3 Traitements par antidépresseur et psychothérapie :	53
5.4 Traitements par freinateur de libido :	54
5.5 Une rupture de soin fréquente :	55
5.6 Prises en charge judiciaires :	56
III) DISCUSSION	58
IV) CONCLUSION	61

PARTIE 2 : ETUDE QUALITATIVE SUR LES PROCESSUS COGNITIFS IMPLIQUES DANS LE PASSAGE A L'ACTE EXHIBITIONNISTE..... 63

METHODOLOGIE :	64
<i>Type d'étude et objectif principal</i> :	64
<i>Population de l'étude</i> :	64
<i>Déroulement pratique</i> :	64
Réalisation d'un guide d'entretien :	64
Recueil des données :	66
Retranscription des entretiens :	66

<i>L'analyse des données</i> :.....	67
RESULTATS :	68
<i>I. Description de l'échantillon</i> :	68
<i>II. Analyse des données</i> :	75
1. L'exhibition vécue comme une solution à la souffrance par les patients : description d'un mécanisme proche d'une addiction comportementale.....	75
1.1 Des processus cognitifs similaires à l'addiction	75
1.1.1. Les déclencheurs du mécanisme d'addiction :	75
1.1.2. Recherche de solutions pour retrouver une homéostasie interne et croyances permissives :	76
1.1.3. Un phénomène de craving et une perte de contrôle :	77
1.1.3. Apaisement temporaire et bénéfices secondaires :	78
1.1.4. Habituation par répétition :	78
1.1.5. Un phénomène d'accoutumance : du comportement sexuel adapté à l'exhibition	79
1.2. Le sentiment de souffrance des patients	81
1.2.1. Une inadéquation entre leurs valeurs, leurs croyances, leur éducation et leur agir	81
1.2.2. Une poursuite du comportement malgré les conséquences négatives :	82
1.2.3. Des affects dépressifs et des idéations suicidaires.....	83
2. Les facteurs qui ont influencé la naissance et la répétition du comportement exhibitionniste	84
2.1. Une influence sociétale avec des normes floues et paradoxales faisant naître une confusion	84
2.1.1. Une société hypersexualisée malgré un discours moralisateur	84
2.1.2. La difficulté à repérer ce qui est permis ou non	85
2.1.3. Un regard hypersexualisé : incapacité à différencier la nudité et la sexualité	86
2.1.4. Ils ne comprennent pas la société et se sentent incompris par la société.	87
2.2. L'influence de facteurs externes à l'origine d'une perception distordue sur la sexualité.....	87
2.2.1. Une place pas ou peu adaptée de la sexualité au sein de la famille	87
2.2.2. Une entrée dans la sexualité traumatique	88
2.2.3. Une influence par la pornographie	89
2.2.4. Un sentiment de rejet et de solitude	90
2.3. Une influence intrinsèque mais étrangère au service d'une minimisation de la responsabilité.....	91
2.3.1. Victimisation.....	91
2.3.2. Un sentiment d'impuissance et d'injustice.....	92
3. Détournement du rôle du regard, comme explicateur du passage à l'acte.....	93
3.1. Le regard comme une opportunité d'entrer en relation.....	93
3.2. Le regard comme facteur déclenchant	94
3.3. Une interprétation du regard de l'autre.....	94
3.4. Le regard comme porteur de sens.....	95
3.4.1. Un besoin d'attirer l'attention.....	95
3.4.2. L'expression d'un intérêt.....	95
3.4.3. Un regard pour se faire comprendre	95
3.4.4. Une réparation narcissique	96
4. Les paradoxes mettant en lumière une introspection limitée.....	97
4.1. Une vision de soi emplie de paradoxes.....	97
4.1.1. Définir sa personnalité	97
4.1.2. Reconnaître ses émotions.....	98

4.1.3.	Définir sa sexualité.....	98
4.1.4.	Analyser son comportement :.....	99
4.2.	Le regard au centre des contradictions :	99
4.2.1.	Une haute estime de soi : son propre regard sur soi	99
4.2.2.	Importance du regard des autres :.....	100
4.2.3.	Importance du regard mais absence de considération pour la victime : le regard de la victime ...	100
DISCUSSION		103
	<i>Interprétation des résultats.....</i>	<i>103</i>
	<i>Limites de notre étude.....</i>	<i>107</i>
	<i>Forces de notre étude</i>	<i>108</i>
	<i>Implication clinique et perspective.....</i>	<i>109</i>
CONCLUSION.....		110
BIBLIOGRAPHIE.....		111
ANNEXES		118
	ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.....	118
	ANNEXE II : TEST DE DEPISTAGE D'ADDICTION SEXUELLE DE CARNES.....	120
	ANNEXE III : CRITERES COREQ DE QUALITE D'UNE ETUDE QUALITATIVE.....	121
SERMENT D'HIPPOCRATE		122
RESUME		123

**PARTIE 1 : ETAT DES LIEUX DES
CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE
EXHIBITIONNISTE**

I) Introduction

L'exhibition se trouve à la croisée des chemins entre la psychiatrie et la justice. D'une part, l'exhibitionnisme est un trouble paraphilique dont la définition a évolué au cours des dernières décennies. Dans la dernière version du DSM-V, il est défini par : « *la présence de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles ou de comportement, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, consistant à exposer ses organes génitaux devant une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantasmes imaginatives sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.* ». Lasègue étant le premier à employer le terme d'« exhibition » en 1877 (1). On constate une évolution de la définition de l'exhibition initialement définie comme étant une « *impulsion paroxystique* » par Lasègue puis, comme une « *pulsion irrésistible* » par Magnan. Actuellement, elle appartient à la catégorie des troubles sexuels de type paraphilie qui sont des déviations sexuelles.

D'autre part, l'exhibition sexuelle est également une infraction punie par la loi, inscrite dans le code pénal dès 1810, initialement sous le nom d'outrage public à la pudeur. C'est le 1^{er} mars 1994 qu'apparaît dans le code pénal le terme d'exhibition sexuelle. Elle appartient à la catégorie des violences sexuelles. Elle est définie par l'article 222-32 du code pénal, comme étant le fait d'imposer à la vue d'autrui une partie de ses attributs sexuels, dans un lieu accessible aux regards du public. Il est également stipulé que l'exhibition sexuelle est constituée, même en l'absence d'exposition d'une partie dénudée de son corps, s'il est imposé à autrui, dans un lieu accessible aux regards du public, la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé. Un auteur d'exhibition sexuelle encourt un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Des peines supplémentaires peuvent être appliquées notamment en cas d'exhibition sexuelle auprès des mineurs. Les auteurs d'exhibition sexuelle peuvent également être condamnés à un soin pénalement ordonné permettant, entre autres, l'initiation d'un suivi psychologique ou psychiatrique, réalisant un pont entre les domaines de la psychiatrie et de la justice.

L'exhibitionnisme et l'exhibition sexuelle sont donc à distinguer. En effet, leurs définitions diffèrent en ce que le premier est associé à une excitation sexuelle, se maintenant dans le temps, avec ou sans passage à l'acte, définissant alors le trouble psychiatrique. Le second correspond à un comportement illégal sans présage d'une excitation sexuelle ou des critères suffisants pour le qualifier de trouble paraphilique.

Dans la littérature, l'exhibition serait considérée comme l'une des paraphilies interdites par la loi les plus fréquentes et un comportement sexuel illégal très fréquent (2). En France, en 2016, selon le ministère de la justice (3), les exhibitions représentaient 4 959 affaires parmi lesquelles 3 702 auteurs auraient été identifiés. A titre de comparaison, la même année, on comptabilise 32 705 affaires de viol, d'agression sexuelle ou de harcèlement sexuel. A noter que ces données présentent un biais de représentation des infractions à caractère sexuel, du fait d'une absence de déclaration systématique aux Forces de l'Ordre par les victimes. Abel et al (4), estiment que le nombre d'actes exhibitionnistes pourrait être 150 fois plus fréquent que les faits rapportés aux autorités judiciaires et qu'une personne pourrait être, à elle seule, responsable de 500 passages à l'acte différents.

On constate, au cours des dernières décennies, une évolution notable dans la société de notre rapport au corps, à la nudité et à la sexualité. La société s'adonne à une forme d'exhibition sociale, avec à la fois une forme de sexualisation des objets qui la composent et à la fois au détournement du rôle de la nudité. Les acteurs de la société vont démocratiser la notion d'extimité, puisqu'on assiste au besoin de rendre visible certaines parties de sa vie ou de soi considérés comme appartenant au domaine de l'intime.

La nudité peut avoir une résonance artistique, elle a toujours été utilisée dans ce domaine, via les sculptures ou les peintures, à l'image de « L'Origine du Monde » peinte par Gustave Courbet en 1866, représentant un pubis féminin et considérée comme l'un des tableaux les plus célèbres du musée d'Orsay à Paris. La nudité est mise en avant, elle est parfois sexualisée, utilisée comme un moyen détourné de promouvoir des produits par la publicité ou encore utilisée comme un outil de revendication déssexualisée, à l'image des Femen, qui constituent un mouvement féministe initialement Ukrainien, composé uniquement de militantes féminines exhibant leurs seins en public pour défendre les droits des femmes.

Ces dernières années, on a assisté à l'avènement du culte du corps, la chirurgie esthétique s'est démocratisée, le marché du fitness s'est développé, les influenceuses sont les caricatures d'une poupée plastique, aux courbes parfaites, toujours plus dénudées. L'aire d'internet a également banalisé l'exposition de sa vie privée sur les réseaux sociaux, on expose son quotidien en passant par les lieux que l'on fréquente, la nourriture que l'on ingère. On note une nouvelle forme d'exhibition numérique, avec la possibilité de publier des photographies de soit même, parfois avec peu de vêtements ou dans des postures subjectives, considérées comme sexualisées. Les « *nudes* » qui consistent à envoyer à une personne une photographie de soi-

même nu, ou partiellement nu, sont devenus banals. Certains vont encore plus loin et transgressent les limites légales avec le célèbre « *dick pic* » correspondant à une photo de son sexe masculin en érection ou non, envoyée à une personne sans qu'elle y ait forcément consenti. L'accès à la sexualité est devenu aisé, il suffit d'un clic stipulant que l'on est majeur pour accéder à un site pornographique, sans aucun contrôle supplémentaire. Ce qui est d'autant plus inquiétant au vu du scandale encadrant la plateforme « *pornhub* », accusé d'un mauvais contrôle du contenu du site internet, laissant actives des vidéos de viol, de « *revenge porn* » ou encore au caractère pédopornographique. Accéder à la sexualité est facile, accéder à la déviance sexuelle devient possible. Malgré ces évolutions et leurs dérives, l'exhibitionnisme reste un comportement illégal, condamnable socialement, déroutant, tourné au ridicule et surtout mal compris.

Les patients exhibitionnistes formeraient un groupe hétérogène (5), globalement peu étudié au cours des dernières décennies, faisant rarement l'objet d'une étude spécifique dans la littérature. Il s'agit d'un sujet ayant peu suscité l'intérêt et dont les idées préconçues font sourire plus qu'elles n'évoquent un fait nuisible ou un trouble psychiatrique constitué. Les représentations caricaturales de l'exhibitionnisme mettent toujours en scène un personnage de sexe masculin, ce trouble est systématiquement lié au fait d'être un homme selon les représentations.

Cet état des lieux a pour but de fournir une synthèse des connaissances existantes sur ce trouble, en examinant les aspects épidémiologiques, les caractéristiques socio-économiques et des passages à l'acte, les hypothèses psychopathologiques et les prises en charge thérapeutiques existantes.

II) Résultats :

1. Épidémiologie

1.1. Prévalence de la victimisation :

L'exhibitionnisme serait l'une des paraphilies les plus fréquentes (2) mais il n'existe que peu de données sur le sujet, et celles-ci sont parfois contradictoires. Cox en 1988 (6) réalise une enquête de victimisation sur un échantillon de 846 étudiantes en psychologie dans 9 universités différentes aux États Unis, interrogées par questionnaires anonymes. Elles sont 33 % à avoir déclaré être victime d'un acte exhibitionniste au cours de leur vie. Il s'agit

probablement d'une sous-estimation puisque les femmes étaient jeunes, âgées en moyenne de 20 ans et qu'il n'y avait aucun homme dans cet échantillon. En effet, dans une étude plus récente Clark et al (7), interrogeant également des étudiants du premier cycle de psychologie (459 étudiants, âgés de 17 à 43 ans), ont retrouvé une prévalence légèrement plus élevée avec 40 % des femmes et 12 % des hommes de l'échantillon se déclarant victimes d'une exhibition au cours de leur vie. Ces chiffres sont extrêmement variables en fonction de la population étudiée, puisqu'on retrouve une prévalence de 3,8 % sur un échantillon de 1058 femmes appartenant à la population mexicaine (8), de 20 % sur un échantillon de 1170 individus de la population coréenne (9), contre 58,7 % sur un échantillon de 1016 femmes appartenant à la population polonaise (10).

Lorsque l'on s'intéresse aux abus sexuels subis par les adolescents, la prévalence de la victimisation par abus sexuels sans contact, dont l'exhibitionnisme, reste également élevée puisque l'on atteint 30 % (soit 22 % des garçons et 32 % des filles) dans un échantillon aléatoire de 1116 adolescents scolarisés dans des écoles secondaires de Genève et âgés de 14 à 16 ans (11). Ces données suggèrent que la première exposition pourrait se dérouler fréquemment au cours de la minorité, cependant l'étude intègre tous les abus sexuels sans contact, il n'est donc pas possible de connaître la part réelle des actes exhibitionnistes.

On constate donc une prévalence de victimisation variable selon les études mais globalement élevée, pouvant atteindre jusqu'à 50 %. Les taux restent très élevés dans les échantillons composés uniquement d'adolescents, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que cette période de la vie constitue en soi une certaine vulnérabilité. Les différents résultats, selon les populations, peuvent être liés aux variations de mœurs d'un pays à l'autre. Il semble que ce phénomène ne soit pas rare et serait même fréquent lorsque l'on interroge la population générale.

1.2. Prévalence du trouble exhibitionniste en population générale :

Un trouble paraphilique correspond à une déviance sexuelle par rapport à la norme sociale et morale communément admise, on s'attendrait donc à une faible prévalence de ces troubles dans la population générale. Une étude comparative entre les sexes (12) s'intéressant aux fantasmes et comportements paraphiliques parmi 775 étudiants universitaires, âgés de plus de 18 ans, retrouve cependant un pourcentage très élevé d'individus rapportant un fantasme ou un comportement sexuel déviant au cours de leur vie. Effectivement, 68,2 % déclaraient avoir

eu au moins un fantasme paraphilique au cours de leur vie, 52,3 % déclaraient s'être masturbés sous l'effet de ce fantasme et 43,6 % déclaraient avoir déjà eu un comportement paraphilique. L'exhibitionnisme représentait une part importante de ces chiffres puisque 20 % des hommes et 10 % des femmes de l'échantillon déclaraient un fantasme de type exhibitionniste, 17 % des hommes et 9 % des femmes se seraient masturbés sous l'effet de ce fantasme, et 10 % des hommes et 3,8 % des femmes auraient adopté un comportement exhibitionniste au cours de leur vie. Les paraphilies les plus fréquemment retrouvées chez les hommes, par ordre décroissant étaient : le voyeurisme, le fétichisme, le sadisme sexuel, l'exhibitionnisme et le masochisme, puis la pédophilie. Chez les femmes, les paraphilies les plus fréquentes par ordre décroissant étaient : le voyeurisme, le fétichisme, le masochisme, l'exhibitionnisme, la pédophilie. Ces éléments suggèrent que les fantasmes sexuels déviants pourraient être plus fréquents qu'on ne l'imagine en population générale. Cependant, uniquement 2,6 % de ces individus rapportaient une détresse psychique en lien avec ces cognitions ou ces comportements. En effet, présenter un fantasme sexuellement déviant ne constitue pas en soi un trouble paraphilique et n'est pas forcément problématique pour le sujet. On peut utiliser le terme de « trouble » uniquement si ces fantasmes persistent dans le temps, sont envahissants et sont associés à un comportement correspondant ou à une souffrance psychique consécutive. Les pensées sexuelles exhibitionnistes semblent assez fréquentes, cependant moins de la moitié des individus ayant ces fantasmes sont passés à l'acte dans cette étude. On peut donc s'interroger sur les facteurs amenant au passage à l'acte déviant. Cette étude rejoint partiellement l'idée fréquemment véhiculée que l'exhibitionnisme est un trouble masculin puisque même s'il est vrai que les chiffres montrent une plus forte prévalence chez les hommes que chez les femmes, un pourcentage non négligeable de femmes a déclaré avoir fantasmé ou avoir eu un comportement exhibitionniste.

Encore une fois, les données varient selon les études, Langström et Seto (13) retrouvent un pourcentage bien inférieur en ce qui concerne les fantasmes exhibitionnistes. Ils ont interrogé 2450 personnes appartenant à la population suédoise en 1996, âgées de 18 à 60 ans et 3,1 % uniquement déclaraient avoir été excitées sexuellement au moins une fois par l'idée d'exposer ses organes génitaux à un étranger, soit 4,1 % des hommes et 2,1 % des femmes. Là encore les pensées exhibitionnistes étaient positivement associées au sexe masculin. Enfin, dans une étude cas témoins (14), comparant 127 hommes ayant commis un viol, à 483 hommes sans antécédent judiciaire sexuel, ce sont 6,6 % des témoins qui déclaraient avoir eu un comportement exhibitionniste au cours de leur vie.

Il persiste actuellement un flou concernant la prévalence des pensées sexuelles déviantes, des comportements exhibitionnistes et du trouble exhibitionniste constitué dans la population. Les fantasmes seraient, a priori, répandus et ne seraient pas systématiquement associés à un passage à l'acte ou à une souffrance psychique, ce qui amène à se questionner sur les facteurs entraînant un passage à l'acte chez certains individus alors que le comportement n'est pas mis en œuvre par d'autres. Les hommes seraient également plus concernés que les femmes par l'exhibitionnisme, bien que les femmes ne seraient pas totalement exclues de ce type de trouble. La prévalence du trouble exhibitionniste en population générale est, de manière générale dans la littérature, plus faible que la prévalence de la victimisation. Cette différence pourrait être expliquée par une récurrence importante des auteurs, entraînant un nombre supérieur de victimes par rapport au nombre d'auteurs. Ces données se heurtent cependant au biais de déclaration et ne permettent qu'un aperçu de l'ampleur potentielle du trouble. De plus, les études épidémiologiques sont peu nombreuses dans la littérature et elles manquent de puissance ce qui ne permet pas de généraliser les résultats.

2. Caractéristiques des passages à l'acte :

2.1. Les caractéristiques des victimes :

Si l'on s'intéresse aux passages à l'acte, on retrouve majoritairement des victimes d'âge jeune, en effet Cox (6) rapporte que 43 % des femmes se déclarant victimes l'ont été pour la première fois entre l'âge de 10 et 16 ans, Riordan (15) rapporte que 57,1 % des victimes l'ont été avant l'âge de 16 ans et 31,4 % entre 16 et 21 ans. Ces études sont anciennes, mais Szumski et al (10), dans une étude récente, retrouvent des éléments cohérents ne montrant pas de franche évolution puisque l'âge moyen de la première victimisation par exhibitionnisme aurait lieu à 15,9 ans. Les études convergent globalement vers une exposition plus importante devant des mineurs ou des adultes jeunes.

De plus, une étude transversale (16) en Suisse s'intéresse également aux antécédents d'abus sexuels de 6769 adolescents, dont 360 d'entre eux présentaient un handicap physique. On constate alors une plus forte prévalence d'abus sexuels sans contact (exhibitionnisme, exposition à des actes sexuels ou harcèlement sexuel verbal) chez les adolescents handicapés de sexe féminin ou masculin, avec une prévalence respective pour chaque sexe de 48,11 % et 31,76 % contre 28,77 % parmi les adolescents ne présentant pas de handicap. Cette étude conclut que le handicap physique serait en réalité un prédicteur significatif de victimisation

sexuelle sans contact chez les garçons uniquement. La vulnérabilité générée par le handicap pourrait être également un facteur de risque supplémentaire de victimisation par abus sexuel sans contact. La majorité des victimes sont des femmes (17) (7) et l'auteur un inconnu (10). L'exposition ne serait pas liée au statut socio-économique de la victime (6).

Les victimes préférentielles seraient donc des femmes adolescentes ou d'âge jeune, inconnues de l'auteur. L'âge jeune et le sexe féminin pourraient être des facteurs de risque statiques de victimisation.

2.2. Les lieux du passage à l'acte :

Les lieux de prédilections sont variables selon les études. Certains auteurs suggèrent que les exhibitions se déroulent en majorité dans les transports en commun (7) (9), d'autres dans la rue (15) ou dans un parc, dans les bois ou un centre de loisir (10). Les exhibitions auraient également plus souvent lieu à midi ou l'après-midi et seraient rares la nuit (10). Une étude descriptive (17) s'intéressant à 106 auteurs d'attentat à la pudeur (dont 5 femmes) d'un échantillon de police du Midwest retrouve une répartition des lieux plus nuancée, avec dans 25,2 % des cas dans un parking ou une entreprise, dans 20,8 % des cas respectivement dans la rue ou dans un véhicule et dans 13,9 % des cas au domicile de la personne.

La probabilité de rencontrer un exhibitionniste augmenterait avec la taille de la ville (10) lorsque celle-ci dépasse les 500 000 habitants, cet effet ne serait pas spécifiquement lié aux caractéristiques de la victime mais plutôt au fait que les personnes exhibitionnistes se trouveraient plus souvent dans les grandes villes où ils auraient plus d'occasions de s'exposer. Il est donc difficile de déterminer un lieu plus fréquent qu'un autre, les seuls facteurs de risque contextuels seraient de se trouver dans un endroit public et une ville très peuplée. Finalement, le choix du lieu est probablement dépendant des préférences de l'auteur, lié au fait de croiser une victime potentielle ou de l'opportunité d'un passage à l'acte.

2.3. Le déroulement du passage à l'acte :

Concernant le déroulement des exhibitions, il ne semble pas y avoir un déroulement type. Riordan (15) interroge 72 femmes par questionnaires sur leurs antécédents de victimisation et sur le déroulement de ces événements. 35 femmes ont rapporté au moins une exposition et 7 ont rapporté avoir assisté à plusieurs exhibitions. Elles appartenaient à des milieux différents : étudiantes de troisième cycle, membres du personnel administratif universitaire, employées de mairie, femmes vivant dans un lotissement. On constate que la

victime n'était pas seule la plupart du temps puisque dans 64,4 % des cas elle ne se retrouvait pas seule face à l'agresseur. L'auteur du passage à l'acte a tenté de rentrer en contact avec la victime de manière verbale dans 17,1 % des cas. On retrouve cependant une tentative de poursuite de la victime dans 8,6 % des cas ce qui paraît assez peu, mais ce qui pourrait suggérer que l'auteur aurait pu chercher un contact physique avec la victime voire tenter une agression sexuelle. Dans la majorité des cas, l'auteur a eu recours à la masturbation, cela concerne 62,5 % des auteurs dans cette étude.

Comparativement, Szumski et al (10), dans leur étude sur un échantillon plus important, retrouvent des données similaires puisque l'auteur a adressé la parole à la victime dans 33 % des cas et s'est touché le sexe dans 76 % des cas lors de l'exhibition. Certains auteurs retrouvent une fréquence d'activité masturbatoire plus faible lors du passage à l'acte avec un taux de 40 % (Choi et al, 2019(9)), 50 % (Clark et al, 2016(7)) ou 57 % (Bader et al, 2008(17)).

De manière générale, les victimes ne sont pas seules au moment du passage à l'acte, ce qui peut s'expliquer par le fait que les exhibitions ont lieu, pour la majorité, dans des endroits publics avec de nombreux témoins présents. Les auteurs rentrent parfois en contact avec la victime mais l'objectif de cette communication verbale n'est pas clair. Bien que l'exhibitionnisme serait associé à une excitation sexuelle importante, les auteurs ont recours à la masturbation de manière variable. Il n'existe pas, selon les données de la littérature, de *modus operandi* stéréotypé qui permettrait de comprendre précisément les enjeux et les motivations pour les auteurs.

2.4. Les motivations du passage à l'acte :

La recherche d'une excitation sexuelle serait la motivation logique du passage à l'acte, puisque c'est ainsi qu'est défini le trouble exhibitionniste. Il ne peut cependant pas être exclu qu'il y ait des objectifs principaux ou secondaires autres. Tuch (18) suggère que le but du passage à l'acte pourrait être l'obtention d'une forte réaction de la part de la victime. Finalement, le plus important pour l'auteur d'exhibition serait une réaction, sans préjuger qu'elle soit positive ou négative. Les réactions des victimes peuvent être variables mais dans l'ensemble elles sont à connotation négative. Riordan (15) retrouve principalement un choc de la part de la victime (48,6 %), mais également un amusement (34,3 %), de la peur (25,7%) et du dégoût (5,7%). L'étude de Szumski et al (10), retrouve majoritairement une réaction de surprise dans 92% des cas, une réaction de dégoût dans 83 % des cas et de peur dans 63 % des cas. Dans cette même étude, il a cependant été retrouvé un taux de 1,3 % des femmes victimes,

ayant rapporté une réaction favorable, c'est-à-dire étant en accord avec le passage à l'acte, sans que l'individu ne lui ait demandé son consentement auparavant. La recherche d'une réaction positive ou d'une gratification sexuelle pourrait être un objectif, notamment si l'individu a déjà fait l'expérience d'une telle réaction.

Les motivations du passage à l'acte restent assez obscures, elles pourraient être sous-tendues par des pulsions de nature sexuelle et des objectifs non sexuels. Aucune étude dans la littérature étudiant spécifiquement le but recherché n'a été retrouvée, ni aucune interrogeant directement les patients exhibitionnistes sur leur motivation ou la manière dont ils pouvaient expliquer les passages à l'acte.

2.5. Les facteurs facilitateurs du passage à l'acte :

Seto (19) émet l'hypothèse que le modèle motivation-facilitation appliqué aux délinquants ayant commis des passages à l'acte sur les enfants serait applicable aux personnes ayant commis un délit sexuel sans contact, dont les exhibitionnistes et les voyeuristes. Ce modèle décrit plusieurs facteurs entraînant une facilitation du passage à l'acte. Certains traits de personnalité (comme une faible estime de soi) associés à des « états » (comme des affects négatifs) et à des facteurs situationnels (accessibilité de la victime) formeraient un conglomérat de facteurs facilitateurs du passage à l'acte. Au-delà des motivations initiales il faudrait, d'après cette théorie, que les individus se trouvent dans des situations où des facteurs contextuels soient réunis pour permettre le passage à l'acte.

De même, les biais cognitifs peuvent jouer un rôle important dans l'initiation d'un comportement exhibitionniste ou dans la poursuite de celui-ci. Lindsay et al (20) ont suivi 4 hommes condamnés pour attentat à la pudeur, déficients intellectuels et ont retrouvé les biais cognitifs suivant : l'exhibitionnisme est amusant et ne peut pas causer de dommage à la victime, la victime partage les responsabilités ou encore la négation de l'intention de commettre le délit. Il serait donc intéressant d'étudier ces éléments chez des patients sans déficit intellectuel pour émettre des hypothèses généralisables à l'ensemble des individus souffrant d'exhibitionnisme.

Les facteurs jouant un rôle dans l'initiation du comportement exhibitionniste ne sont pas clairs et on ne connaît pas aujourd'hui les éléments déclencheurs permettant de distinguer les individus présentant de simples fantasmes et de ceux qui passent à l'acte.

2.6. Les formes cliniques :

Les études récentes ne rapportent pas de profil type et ne proposent pas de classification des actes exhibitionnistes. Certains auteurs ont proposé des classifications dont les angles d'abord de construction sont différentes.

Henri Ey dans *Études psychiatriques* (21), en 1950, propose deux grandes catégories d'exhibitionnisme, la première dresse deux types de passages à l'acte dont les modes opératoires et les motivations seraient différentes, la seconde correspondant à un comportement secondaire à une maladie somatique ou psychiatrique. On retrouve :

- L'exhibitionnisme impulsif isolé, séparé en deux sous-catégories qui sont :
 - o L'exhibitionnisme impulsif « type Lasègue », au cours duquel les auteurs s'exhiberaient à l'état flaccide, sans masturbation ou provocation érotique, sans contact verbal avec la victime, dans des lieux publics mais discrets. Les passages à l'acte sont répétés dans les mêmes endroits et à des heures fixes. Ces formes d'exhibition seraient en lien avec une incapacité à résister et serviraient de lutte contre l'anxiété.
 - o L'exhibitionnisme névrotique, dont les passages à l'acte seraient plus érotisés, avec érection et masturbation, provoquant une excitation sexuelle intense. Le désir de s'exhiber serait frénétique et la vie sexuelle en serait altérée. Ces individus auraient un parcours de vie marqué par les traumatismes dans l'enfance.
- Les exhibitions symptomatiques, là encore séparés en deux sous-catégories qui sont :
 - o Les exhibitionnistes au cours des états confuso-démenceux comprenant les décompensations schizophréniques, les démences, l'épilepsie, les auteurs alcoolisés.
 - o Les exhibitionnistes symptomatiques impulsifs comprenant les débiles, les maniaques, les délirants, les parkinsoniens.

La Fédération Française de Psychiatrie propose dans la conférence de consensus de novembre 2001 (22), la classification en 7 formes d'exhibitionnismes, qui sont les suivantes :

- L'exhibitionnisme classique correspondant à des impulsions irrépressibles, reproduisant les passages à l'acte de manière stéréotypée, voire ritualisée. Le sujet serait en lutte pour contrôler le comportement, ressentirait une forme de soulagement et d'anxiolyse

pendant le passage à l'acte, puis immédiatement après, serait envahi de culpabilité. Cette définition rejoignant les définitions de Lasègue.

- L'exhibitionnisme corporel correspond au besoin de se montrer entièrement nu devant d'autres personnes. Ce besoin ne passerait pas que par le fait de montrer ses organes sexuels.
- L'exhibitionnisme psychique, dont le but de l'auteur serait de choquer l'autre par obscénités verbales pour en retirer du plaisir (dont la scatologie téléphonique).
- L'exhibitionnisme satyrique, consistant en une présentation hypersexualisée du satyre pour inviter l'individu visé à un rapport sexuel physique.
- L'exhibitionnisme relationnel consistant à réaliser un acte sexuel en public.
- L'exhibitionnisme utilitariste qui surviendrait dans un contexte de besoin physiologique ou lié à la chaleur.
- L'exhibitionnisme génésique correspondant à une atteinte somatique, comprenant les pathologies comme l'autisme, les troubles psychotiques, les accidents vasculaires cérébraux, l'épilepsie, les tumeurs cérébrales ... etc.

Cette classification large définit les exhibitions en incluant toutes les modalités possibles en fonction du contexte et de l'objectif recherché mais ne renseigne finalement pas sur les caractéristiques qui pourraient diviser en plusieurs catégories les exhibitionnistes classiques.

Enfin, dans *Voir et être vu*, Gérard Bonnet (23), en 2005, propose une classification en fonction de la rencontre de l'auteur avec l'appareil judiciaire, distinguant deux formes :

- L'exhibitionnisme pénal, lorsque le patient a, en réalité, fait en sorte d'être arrêté, le délit serait au centre de l'exhibition. L'exhibitionniste serait alors plutôt inhibé, aurait un discours pauvre, en dissonance avec la scène du passage à l'acte qui serait elle, riche en éléments porteurs de sens. Le contact avec la justice serait alors un renforçateur de la conduite délictuelle.
- L'exhibitionnisme anonyme, lorsque l'auteur ne serait pas identifié et pas arrêté par la justice. Il s'agirait d'un homme banal, s'exhibant sur un lieu public avec beaucoup de passages, gardant ses distances, sans autre contact que visuel. Le moment serait choisi en fonction de l'opportunité d'un lieu ou de sa fréquentation. L'auteur souhaiterait alors être vu en restant anonyme.

Toutes ces classifications sont variables selon le prisme par lesquelles elles ont été définies, incluant les exhibitions au sens large puisqu'elles prennent en compte les exhibitions secondaires à des pathologies. Elles n'éclairent finalement que peu sur la psychopathologie des auteurs bien qu'elles évoquent la présence d'une pulsion irrésistible ou l'excitation sexuelle intense.

En résumé, les victimes sont majoritairement des femmes, d'âge jeune et inconnues de l'auteur. Les lieux sont variables bien qu'il y aurait plus de passage à l'acte dans des villes de grande taille. Les mises en scènes seraient également variables, ne permettant pas de déterminer un mode opératoire commun. Les motivations et les facteurs facilitateurs des passages à l'acte restent flous, la recherche d'une réaction et la gratification sexuelle pourraient en faire partie. Le type de biais cognitifs et leur intrication avec la mise en place du trouble n'ont pas été étudié. Il pourrait donc exister diverses formes cliniques avec des motivations et des étiologies différentes. L'examen de l'ensemble de ces études met finalement en avant un trouble mal compris et pour lequel il est difficile d'établir des généralités.

3. Caractéristiques des auteurs :

3.1. Facteurs de risques d'exhibitionnisme :

En analysant les caractéristiques des individus de population générale déclarant avoir déjà été excités sexuellement par l'exposition de leurs organes génitaux à un étranger, il a été mis en évidence que ces fantasmes étaient positivement associés au sexe masculin, aux problèmes psychologiques, à l'insatisfaction concernant sa vie, aux consommations d'alcool ou de drogue, à une activité et un intérêt sexuel important, au fait d'avoir un partenaire du même sexe, à une consommation de pornographie ou une activité masturbatoire importante (13). La probabilité d'adopter un comportement exhibitionniste diminuait avec l'âge, ce qui rejoint Riordan (15) qui retrouve des auteurs âgés, le plus souvent, entre 22 et 30 ans. On pourrait donc poser l'hypothèse que certains de ces facteurs, notamment le sexe masculin, l'âge jeune, une hypersexualité, une consommation de toxiques ou les troubles psychiques pourraient être en lien avec le développement d'un trouble exhibitionniste.

Il existe peu d'études s'intéressant aux caractéristiques socio-démographiques des auteurs d'exhibitionnisme. La plus récente a été réalisée par Grant (24), il a interrogé 25 hommes, âgés en moyenne de 35 ans, souffrant d'exhibitionnisme, via des entretiens semi structurés et structurés entre septembre 2003 et mars 2005. Il retrouve que, dans 60 % des cas,

ces hommes étaient célibataires et dans 80 % des cas ils étaient hétérosexuels. Il a été mis en évidence un trouble de l'axe I dans 92 % des cas, comprenant majoritairement des épisodes dépressifs caractérisés (36 % des patients au moment de l'étude), des troubles anxieux (antécédent de trouble anxieux chez 36 % des patients) dont le plus fréquent était le trouble anxieux généralisé (12 %). Le taux de troubles liés à l'usage d'alcool est élevé puisque 28 % des patients présentaient au moment de l'étude un abus ou une dépendance à l'alcool. Notons que 52 % déclaraient avoir fréquemment des idéations suicidaires. Le trouble exhibitionniste serait donc associé au trouble de l'humeur unipolaire, à des consommations d'alcool, aux troubles anxieux, cependant il est difficile de conclure au fait que la symptomatologie anxiodépressive et l'addiction sont les conséquences d'un mal-être secondaire au trouble ou s'il s'agit plutôt d'un état favorisant les passages à l'acte. De même, l'isolement social semble être un facteur important, pouvant à la fois favoriser un état dépressif ou être la conséquence du trouble. Il existerait une forte prévalence des troubles de la personnalité chez les patients exhibitionnistes sans qu'il se dégage un trouble de la personnalité dominant dans cette population, puisqu'il a été retrouvé un trouble de personnalité dans 40 % des cas, soit personnalité dépendante (12 %), borderline (8 %), narcissique (8 %), antisocial (8 %), paranoïaque (8 %), évitant (4 %). Les traits de personnalité de type cluster B et C sont cependant les plus représentés dans cette étude.

Une étude cas-témoins multicentriques (25), s'intéresse également aux troubles de la personnalité chez 56 hommes français, délinquants sexuels (exhibitionnisme, téléchargement d'images pédopornographiques, corruption de mineur, agression sexuelle, viol) et 28 témoins indemnes de toute pathologie psychiatrique. Il a été retrouvé une prévalence significativement plus élevée de troubles de la personnalité évitante (35,7 %) et dépendante (21,4 %) dans le groupe des délinquants à caractère sexuel. Il n'y a pas eu d'autre différence significative entre les deux groupes en termes de troubles de la personnalité. Il est possible que les traits de personnalité cluster C soient prédominants chez ces délinquants sexuels, il n'était cependant pas précisé combien de patients souffrant d'exhibitionnisme ont participé à l'étude.

Une autre étude descriptive plus ancienne (26) s'intéresse aux caractéristiques de 19 adolescents ayant commis des actes exhibitionnistes ou des appels téléphoniques obscènes au Canada, jugés coupables entre 1980 et 1988. On retrouve dans une forte proportion des dysfonctionnements de la structure familiale puisque 1/3 de ces adolescents vivaient en foyer, 63 % étaient considérés comme isolés sur le plan social, dans 25 % des cas la mère souffrait d'un trouble addictologique ou d'un épisode dépressif caractérisé et que, dans 1/3 des cas, le

père souffrait d'un trouble lié à l'usage d'alcool. On note cependant que les antécédents d'abus sexuels concernent une minorité de cet échantillon (17 %), ce qui rejoint les résultats de Lee et al (27), n'associant pas l'abus sexuel au trouble exhibitionniste.

Ces études suggèrent que les difficultés familiales dans l'enfance, les troubles psychiatriques (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble de personnalité de type cluster B ou C) et addictologiques, la solitude, le célibat, le sexe masculin pourraient être des facteurs de risque de développer un trouble exhibitionniste. Les traits de personnalité Cluster C semblent être des facteurs de risque communs aux exhibitionnistes et à certains autres délinquants à caractère sexuel. Il est cependant impossible d'extrapoler avec certitude ces résultats à faible niveau de preuve, basés sur des échantillons de petite taille.

3.2. Association aux autres paraphilies :

La littérature suggère que plusieurs troubles paraphiliques coexistent fréquemment ensemble (28) et qu'il existerait donc des facteurs causaux communs à ces troubles. Freund et al (29) examinent 139 patients souffrant d'un trouble de la séduction, dont 89 exhibitionnistes, 7 voyeuristes, 1 patient ayant passé des appels téléphoniques obscènes, 22 ayant des comportements d'attouchements sexuels et 23 personnes ayant commis un viol. Il existe une fréquente association entre les comportements paraphiliques, en dehors du viol. Effectivement, sur les 89 patients exhibitionnistes, 22 auraient également eu un comportement voyeuriste, 11 auraient déjà passé des appels téléphoniques obscènes, 21 auraient également eu un comportement d'attouchement sexuel.

De même Abel et al (4) en interrogeant 561 patients souffrant d'un trouble paraphilique sur leurs comportements sexuels ont montré qu'une faible quantité de patients présentaient une paraphilie unique, soit 10,4 %. Il existait 2 paraphilies dans 19,9 % des cas, 3 paraphilies dans 20,6 % des cas, 4 paraphilies dans 11,5 % des cas et 5 à 10 paraphilies dans 37,6 % des cas. Si on s'intéresse uniquement aux groupes de patients exhibitionnistes, il a tout de même été mis en évidence que sur 142 patients, 46 % présentaient également une pédophilie hétérosexuelle et 22 % une pédophilie homosexuelle, 28 % étaient impliqués dans des comportements voyeuristes et 16 % dans des comportements frotteuristes. A noter que seulement 1 patient souffrant d'exhibitionnisme aurait été auteur de viol.

Il existerait des facteurs de risque communs au développement des troubles paraphiliques. Une étude cas-témoins (27) a comparé 64 délinquants sexuels dont 29 souffrant de pédophilie, 28 d'exhibitionnisme, 12 ayant commis un viol et 13 souffrant de paraphilies

multiples, à 33 délinquants non sexuels. Il a été mis en évidence que les violences psychologiques durant l'enfance (évaluées par une échelle de 60 questions concernant l'attitude des parents dans l'enfance) et les dysfonctionnements familiaux (évaluant l'adaptation et le contrôle parental, les soins reçus dans l'enfance, également via des échelles) sont des facteurs de risque de développer un trouble pédophile, exhibitionniste, une paraphilie multiple ou de commettre un viol. Cependant, l'abus sexuel dans l'enfance n'était pas, là encore, un facteur de risque d'exhibitionnisme, il était au contraire un prédicteur négatif de l'exhibitionnisme. Cette étude conclut au fait qu'il n'y a pas de prédicteur spécifique connu à l'heure actuelle du trouble exhibitionniste mais qu'il existerait cependant des facteurs de risque communs aux comportements sexuels délictueux et paraphiliques.

On retrouve donc une association fréquente entre le trouble exhibitionniste et d'autres troubles paraphiliques, notamment les troubles voyeuristes, pédophiliques et frotteuristes. Ces associations suggèrent un lien étroit entre certains troubles, pouvant évoquer des facteurs de risque communs chez les individus souffrant de paraphilie, voire des mécanismes psychopathologiques proches. Certaines études ont mis en évidence que les violences psychologiques et les dysfonctionnements familiaux dans l'enfance, pourraient être des facteurs de risque communs à ces paraphilies.

3.3. La récurrence et la dangerosité :

Les patients souffrant d'exhibitionnisme sont associés à des stéréotypes et les passages à l'acte sont souvent considérés comme amusants ou inoffensifs. Ils ne sont globalement pas perçus comme des individus dangereux dans l'imaginaire collectif. Lorsque l'on interroge les victimes, on peut retrouver un impact péjoratif. Bien que des conséquences à long terme ne concerneraient qu'une faible partie des victimes, celles-ci peuvent être réellement présentes et de nature diverse. L'impact péjoratif à long terme était retrouvé chez 10 % (9) à 25 % des victimes (7). Une modification des cognitions ou des attitudes peuvent s'installer, Cox (6) rapporte un vécu modérément à très pénible pour 42 % de l'échantillon avec des victimes déclarant dans 11 % des cas une affection de leur attitude envers le sexe, alors que Riordan (15) retrouve 28,6 % des victimes déclarant une majoration de la peur des crimes sexuels et une modification de leurs activités sociales. De plus, 68,1 % (15) des femmes déclarent considérer l'exhibitionnisme comme dangereux. On peut penser que cette crainte de l'atteinte à l'intégrité

physique pourrait être le facteur déclenchant d'un trouble de stress post traumatique bien qu'aucune étude ne se soit intéressée à cette possibilité.

Plusieurs études se sont penchées sur les récidives de ces délinquants sexuels, en matière d'exhibitionnisme, mais surtout en matière de récidives délictuelles ou criminelles autres. On ne connaît pas le nombre moyen d'exhibitions des patients présentant un trouble exhibitionniste. Dans l'étude de Grant et al (24), 36 % des 25 hommes souffrant d'exhibitionnisme avaient déjà été arrêtés pour un passage à l'acte et tous décrivaient des pulsions sexuelles avec un faible contrôle sur celles-ci. Une étude descriptive (30) examine les différentes condamnations pour attentat à la pudeur, prononcées chez 151 hommes à Melbourne, en Australie. Il est à noter que le nombre moyen de condamnations pour attentat à la pudeur par individu était de 2,94, ce qui suggère une récidive non négligeable dans le groupe des exhibitionnistes. Ce chiffre étant probablement sous-estimé puisqu'il ne s'agit que du nombre de condamnations et non du nombre de récidives réelles. Le nombre moyen de toutes condamnations confondues par individu atteint le chiffre impressionnant de 9,33. Uniquement 31 % de l'échantillon n'avaient jamais été condamnés pour une autre infraction. Les exhibitionnistes seraient donc sujets à la récidive mais pas uniquement sur le plan de l'exhibition ou en termes d'infractions à caractère sexuel, ils seraient plus amenés à transgresser la loi de manière générale. A l'image de Bader et al (17), qui retrouvent un taux de 84 % d'antécédents d'accusations délictuelles non sexuelles, parmi les 106 individus examinés.

Firestone et al (31), ont suivi 208 patients exhibitionnistes pendant en moyenne 13 ans et ont constaté qu'il existait un taux de récidives d'infractions à caractère sexuel (avec et sans contact) à 7 ans de 12,6 % et à 19 ans de 23,6 %. Il s'agit, encore une fois, d'une probable sous-estimation du nombre réel de récidives puisqu'elle était définie comme une nouvelle accusation ou condamnation. Parmi ces individus, on retrouve un nouveau délit de nature violente (sexuel ou non) chez 31,3 % d'entre eux et un crime chez 38,9 % d'entre eux, après 19 ans de suivi. Ces chiffres suggèrent donc que les récidives concernent les exhibitions mais qu'elles touchent d'autant plus des délits de nature non sexuelle et dont la gravité serait supérieure à l'exhibition. Les récidivistes de délit sexuel, violent ou criminels étaient moins instruits, ayant des traits psychopathiques plus prononcés (score PCL-R supérieur), ayant plus de troubles liés à l'usage d'alcool (MAST) et un indice de pédophilie plus élevé (pédophilie index), que les non-récidivistes. Cette tendance à la récidive sexuelle, violente ou criminelle a été constatée par Greenberg et al (32). Il a été mis en évidence que parmi les récidivistes exhibitionnistes, ceux

qui commettaient un délit sexuel avec contact (« hands-on ») présentaient des scores plus élevés à l'échelle de la psychopathie (PCL-R) et avaient commis plus de délits sexuels, violents ou de crimes que leurs homologues récidivistes sans contact (« hands-off »).

Une partie des exhibitionnistes serait donc aussi auteur de violence sexuelle avec contact. Sugarman et al (33), rapportent que 26 % des 210 exhibitionnistes étudiés ont été condamnés pour un délit sexuel avec contact. Ce passage à l'acte avec contact était associé statistiquement au fait de présenter un trouble de la personnalité, des troubles du comportement dans l'enfance, des difficultés relationnelles, une libido excessive (défini comme au moins un orgasme par jour).

Les individus auteurs d'exhibitionnisme sont donc parfois auteurs de délit violent ou sexuel plus grave, notamment de viol. Les auteurs de délits plus graves semblent représenter un sous-groupe parmi les exhibitionnistes, avec des caractéristiques spécifiques comme des traits de personnalité pathologiques et notamment psychopathiques prononcés. Inversement, le fait de présenter un trouble paraphilique, et notamment un trouble exhibitionniste pourrait être un facteur de risque de récurrence de délit sexuel. En effet, Eher et al (34), ont retrouvé que les seuls facteurs prédictifs de récurrences chez 85 délinquants sexuels autrichiens, suivis pendant une moyenne de 7 ans, étaient la présence d'un trouble exhibitionniste et les antécédents de toxicomanie. De même Baur et al (35), retrouvent une association entre les troubles exhibitionnistes, sadiques, masochistes et un comportement sexuel coercitif. Plus étonnant encore, Chan et al (36), en comparant 91 délinquants sexuels masculins ayant commis un homicide et 74 délinquants sexuels n'ayant pas commis d'homicide ont montré une fréquence plus importante de troubles exhibitionnistes dans le groupe ayant commis un homicide (21 % contre 1 %).

En résumé, les caractéristiques principales retrouvées chez les patients exhibitionnistes, qui pourraient être en réalité des facteurs de risque statiques ou dynamiques du développement du trouble sont : le sexe masculin, le célibat, l'hétérosexualité, des difficultés familiales dans l'enfance et des troubles psychiques avec majoritairement des troubles de l'humeur unipolaire, des troubles anxieux et dans une moindre mesure des troubles de personnalité cluster B ou C, et des consommations d'alcool importantes. Le trouble exhibitionniste est fréquemment associé à une ou d'autres paraphili(e)s, le plus souvent on retrouve un trouble voyeurisme, frotteurisme, pédophilique ou de comportement d'attouchement sexuel. L'hypothèse de facteurs de risque communs au développement de ces troubles est soulevée, évoquant notamment les

personnalités de type cluster C, les violences psychologiques ou dysfonctionnements familiaux dans l'enfance.

Malgré une vision d'ensemble caractérisant le trouble comme une problématique finalement peu nuisible, on constate qu'il n'est pas sans conséquence pour les victimes. Bien qu'il n'existe pas de chiffre précis concernant les récidives d'exhibition, ces données suggèrent qu'elles peuvent être nombreuses. Le plus inquiétant dans les résultats de ces études étant que ces individus pourraient présenter un potentiel de dangerosité puisque non seulement une majorité d'entre eux ont déjà enfreint la loi, mais surtout un tiers d'entre eux vont commettre une récidive plus violente sur le plan délictuel ou criminel. Lorsque les récidives sont de nature sexuelle, un quart de celles-ci correspondent à des agressions sexuelles avec contact, ces individus pourraient représenter une sous-catégorie parmi les exhibitionnistes avec notamment des traits de personnalité psychopathiques plus prononcés.

4. Psychopathologie du trouble exhibitionniste :

4.1. Approche psychanalytique :

Certains auteurs ont tenté d'expliquer la dynamique de ce trouble par une approche psychanalytique. Freud, dans *Pulsions et destins des pulsions* (37) en 1915 décrit un schéma en trois phases entraînant le passage de l'exhibitionnisme au voyeurisme et inversement. La première phase correspond à la pulsion de regarder l'autre puis un passage à la seconde phase correspondant au retournement de la pulsion sur son propre corps avec besoin de se regarder soi-même et renversement du but, celui d'être regardé. Cette seconde phase est génératrice de souffrance et précipite la troisième, celle d'introduction de soi-même comme nouveau sujet en se montrant, pour être regardé. Freund parle de perversion des buts.

A son tour Detlert et al (38), dans *Évolution psychiatrique*, en 1971, tente d'expliquer le trouble en le reliant à une lutte contre la castration découlant du complexe d'Œdipe. Cette lutte passerait par l'exhibition de son phallus viril pour obtenir une satisfaction sur le plan narcissique et sur le plan sexuel. L'exhibition prendrait toute la place de la vie libidinale du sujet.

Freund (29) a théorisé l'interaction sexuelle entre les êtres humains en distinguant 4 phases. La première étant la localisation d'un partenaire, la seconde une interaction pré-tactile consistant en un regard, un sourire, la troisième serait le passage à une interaction tactile et enfin la dernière serait l'union génitale. Il définit le trouble de la séduction, comprenant le trouble

exhibitionniste et voyeuriste, comme étant une altération du déroulement de ces étapes avec une intensification des deux premières phases, et une réduction voire une omission des deux dernières.

Selon les théories psychanalytiques (18), l'exhibitionnisme serait un paradigme des relations interpersonnelles où le sujet entraînerait la victime à se perdre, la rendant impuissante, prenant possession d'elle par transgression des règles d'engagement personnel. L'auteur d'exhibition chercherait surtout à provoquer une forte réaction et à servir ses besoins par perversion de l'interaction.

4.2. Les pensées sexuelles déviantes :

Les études retrouvent une forte prévalence des pensées sexuelles paraphiliques, notamment des fantasmes sexuels exhibitionnistes dans la population générale (13), (24). On peut se demander si ces pensées sexuelles appartiennent à l'ordre du déviant puisqu'une importante partie de la population les partagerait. Elles ne sont, a priori, pas problématiques en l'absence d'un comportement paraphilie transgressif de la loi associé ou d'une souffrance personnelle. Ce qui amène à s'interroger sur ce qui pousse les individus présentant ces pensées sexuelles déviantes à passer à l'acte, ce qui les distingue de ceux qui en restent au stade du simple fantasme et surtout quel rôle joue ces fantasmes dans le passage à l'acte.

Différentes études ont exploré l'excitation sexuelle retrouvée par pléthysmographie pénienne chez des patients souffrant de trouble paraphilique, lorsqu'on les soumet à des stimulations audios. Marshall et al (39) ont comparé par ce biais 43 hommes condamnés pour exhibitionnisme à 20 hommes non délinquants sexuels. Il en résulte que les exhibitionnistes présentaient une excitation sexuelle supérieure au groupe témoin pour les audios faisant référence à des scènes d'exhibitionnisme, tandis que les témoins étaient significativement plus excités que les exhibitionnistes pour les audios de rapports sexuels consentis. Freund et al (29), en 1983 faisaient la même constatation en comparant 15 patients exhibitionnistes à 18 témoins sains. Seto et al (40), retrouvent une différence d'excitation sexuelle chez les hommes souffrant d'un trouble de la séduction (exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme) comparativement aux témoins concernant les violences non sexuelles, ils étaient plus proches du groupe d'individus ayant commis des viols dans leurs réponses. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Fedora et al (41), comparant l'excitation sexuelle en phallométrie, par présentation de diapositives à 14 patients exhibitionnistes, 21 témoins et 34 délinquants sexuels non exhibitionnistes, qui retrouvent une réaction moins importante à des scènes de violences chez

les exhibitionnistes comparativement aux deux autres groupes. Il a été également retrouvé une autre différence, les exhibitionnistes étaient sexuellement plus excités par des scènes neutres, représentant des femmes entièrement vêtues, comparativement aux deux autres groupes. Ce résultat semble logique puisque c'est dans ces conditions que les exhibitions surviennent.

Les résultats de ces différentes études questionnent sur les modalités d'excitation des patients présentant un trouble exhibitionniste qui semble être déclenché par des stimuli non classiques. D'une part, les tests phallométriques suggèrent une plus grande excitation sexuelle par la coercition et, d'autre part, par des scènes neutres plus proches des conditions réelles. Ces données sont à interpréter avec prudence puisque l'utilisation de la pléthysmographie pénienne ne permettrait pas une évaluation fiable de la déviance sexuelle chez les exhibitionnistes, elle n'aurait une sensibilité et une spécificité suffisante que pour identifier les agresseurs sexuels sur mineur selon la littérature (42). D'autant plus que ces tests phallométriques ne sont pas réalisés en France, ne sont pas normalisés, ce qui entraîne des résultats variables, peu reproductibles et peu fiables (43).

Même s'il semble exister une association entre les pensées sexuelles déviantes et les passages à l'acte, il n'existe pas une concordance complète. En effet, Seto et al (44) ont interrogé 1036 personnes sur leurs intérêts paraphiliques, il a été mis en évidence que les intérêts sexuels déviants étaient positivement associés aux comportements paraphiliques correspondant pour l'exhibitionnisme et le frotteurisme. Cependant, Curnoe et al (45) ont exploré les fantasmes sexuels déviants chez 186 délinquants sexuels, dont 51 condamnés pour exhibition, et 42 délinquants non sexuels. Il a été retrouvé un taux de fantasmes déviants de 30,3 % de l'échantillon total, avec un taux de 11,9 % chez les délinquants non sexuels contre 34 % chez les délinquants sexuels. Les fantasmes sexuels déviants étaient présents chez uniquement 33,3 % des patients exhibitionnistes. On constate donc que les fantasmes déviants ne sont pas systématiques chez les patients ayant effectué un passage à l'acte et peuvent également être présents chez des individus n'étant pas passés à l'acte. Il s'agit cependant d'auto-déclaration, ce qui peut tronquer les résultats, notamment en raison du biais de désirabilité sociale. Dandescu et al (46), retrouvent un taux de fantasmes masturbatoires déviants avant le passage à l'acte beaucoup plus important, avec un taux de 76 % des 25 patients exhibitionnistes interrogés. Il a cependant été constaté qu'il existait, selon déclaration, une majoration significative de ces fantasmes déviants après le premier passage à l'acte, atteignant 88 %. Ces résultats penchent en

faveur d'un maintien des comportements par la présence de fantasme déviant, par conditionnement, formant une boucle comportement-fantasme s'auto-entretenant.

On constate donc que la pénétrance des pensées sexuelles déviantes est incomplète dans tous les groupes examinés dans la littérature. Les fantasmes déviants semblent être un facteur de risque de comportement sexuel déviant mais ne permettent pas d'expliquer la totalité des passages à l'acte. On peut donc s'interroger sur ce qui distingue les individus passant à l'acte de ceux qui présenteraient uniquement des fantasmes. Molen et al (47), ont mis en évidence que la présence de biais cognitifs à type de minimisation et de rationalisation, une impulsivité, un faible contrôle sexuel et une altération de la perception du consentement sexuel étaient des facteurs permettant de distinguer les personnes ayant déclaré un intérêt et un comportement déviant à type d'exhibitionnisme ou de voyeurisme, et ceux n'ayant déclaré que des comportements de ce type. Ces facteurs seraient donc plus liés à l'apparition d'un fantasme qu'à un passage à l'acte, puisqu'ils ne permettraient pas de différencier ceux ayant uniquement un intérêt déviant de ceux ayant également un comportement sexuel déviant. Il persiste un flou concernant l'intrication entre les fantasmes sexuels et les passages à l'acte mettant en œuvre ces fantasmes exhibitionnistes, les facteurs précipitant la réalisation d'un tel comportement sont encore mal connus à l'heure actuelle. Les fantasmes sexuels déviants semblent cependant jouer un rôle dans l'initiation du comportement exhibitionniste ou son entretien.

4.3. L'hypersexualité :

La Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique dans le guideline de 2022 (48) sur la prise en charge des troubles compulsifs du comportement sexuel font apparaître un lien entre les paraphilies et l'hypersexualité. Seto (19), souligne le fait que la délinquance sexuelle et les paraphilies pourraient en partie être expliquées par une libido exacerbée. Castellini et al (12), confirment ce lien puisque l'ensemble des personnes ayant donné des réponses en faveur de la présence d'un trouble paraphilique ont également rapporté une hypersexualité. Engel et al (49), en 2019 met en lumière cette constatation à travers une étude cas-témoins, comparant la présence des paraphilies (exhibitionnisme, voyeurisme, masochisme, sadisme, fétichisme, frotteurisme ou travestissement) chez 47 hommes atteints de trouble hypersexuel à 38 individus sains. Ils retrouvent une paraphilie chez 47 % des patients ayant un trouble contre 3 % des témoins sains. Soulignons cependant que dans cette étude uniquement 3 patients atteints d'hypersexualité étaient exhibitionnistes contre aucun dans le groupe témoin et que cette différence n'était pas statistiquement significative.

L'hypersexualité reste cependant une notion floue et débattue puisqu'il ne s'agit pas d'une entité propre définie dans le DSM V mais qui est entrée dans la CIM-11 (Classification internationale des maladies) en 2018 sous le nom de trouble compulsif du comportement sexuel. Ce trouble est défini par « *une incapacité persistante à contrôler des impulsions ou des pulsions sexuelles intenses et répétitives, ce qui se traduit par un comportement sexuel répétitif* » ce qui implique que l'activité sexuelle devient un élément central de la vie du sujet au point d'en négliger ses soins, ses intérêts, ses activités et ses responsabilités, avec de nombreux efforts infructueux pour réduire significativement le comportement sexuel, la poursuite du comportement sexuel répétitif malgré les conséquences négatives, ou alors qu'il n'en retire que peu de satisfaction. Cette incapacité à contrôler les impulsions, le comportement sexuel ou les pulsions sexuelles doit entraîner une détresse marquée. Ce trouble appartient à la catégorie des troubles du contrôle des impulsions, consistant en une incapacité répétée à résister à une impulsion, une pulsion ou un besoin d'accomplir un acte gratifiant. La plupart des études retrouvées n'utilisent cependant pas ces définitions.

Une étude épidémiologique (50) donne des résultats similaires. 2450 hommes et femmes âgés de 18 à 60 ans appartenant à la population suédoise ont été interrogés par questionnaires et entretiens au cours de l'année 1996. Il est retrouvé une association particulièrement forte, pour les deux sexes, entre les intérêts sexuels déviants de type exhibitionnisme, voyeurisme, sadisme, masochisme et l'hypersexualité, définie par un taux élevé de rapports sexuels, la consommation de pornographie, l'activité masturbatoire, le nombre de partenaires sexuels sur l'année écoulée et par année, la présence de plusieurs partenaires stables, les rapports infidèles, les attitudes favorables aux rapports sexuels de groupe ou occasionnels. Il a également été retrouvé une association entre l'hypersexualité et la séparation des parents durant l'enfance, l'instabilité des relations, une insatisfaction de sa vie en général, les maladies sexuellement transmissibles, la toxicomanie, le tabagisme. Il pourrait y avoir des facteurs de risque d'hypersexualité, dont certains pourraient être communs à l'apparition d'une paraphilie comme les dysfonctionnements parentaux dans l'enfance ou la présence d'une comorbidité addictologique.

Thomas et al (51), ont interrogé 1113 individus au Royaume-Uni (46 % d'hommes et 54 % de femmes) concernant leur répugnance à l'encontre de l'exhibitionnisme et du voyeurisme. Il a été mis en évidence que les hommes se montraient moins répugnés par ces comportements paraphiliques que les femmes et que cette différence était modulée en partie par le fait de pratiquer une sexualité en dehors du couple et de présenter une compulsivité sexuelle

importante (nécessité de poser un geste sexuel pour obtenir un soulagement). Une recherche intense de sexualité avec une diminution des barrières pourrait être la porte d'entrée dans une paraphilie et notamment l'exhibitionnisme ou le voyeurisme.

L'hypersexualité pourrait donc être un facteur de risque important de développement d'un trouble paraphilique. Inversement, un trouble paraphilique pourrait être un facteur de risque de développer un trouble compulsif du comportement sexuel, avec le développement d'une compulsion sexuelle centrée sur le fantasme déviant pour satisfaire celui-ci.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs études de cas mettant en évidence l'apparition de comportements sexuels inappropriés à type d'exhibition dans les suites d'une lésion cérébrale. Il a été mis en évidence ce type de comportement après un traumatisme crânien avec œdème frontal (52), après un infarctus du thalamus entraînant également une désinhibition et une hypersexualité (53), dans la maladie de Huntington (54). Dans un cas de syndrome de Klüver-Bucy (55) correspondant à un dysfonctionnement bilatéral et transitoire des lobes temporaux induit par une crise d'épilepsie partielle complexe, on retrouve un panel de symptômes psychiatriques très variés et notamment une hypersexualité, une désinhibition, un exhibitionnisme. Ces cas, bien qu'ils ne représentent pas une preuve scientifique formelle, amènent cependant à formuler des hypothèses psychopathologiques qui permettraient d'expliquer en partie le lien entre hypersexualité et paraphilie. On constate que différentes lésions cérébrales peuvent être liées à une hypersexualité au sens où les individus présentent une plus grande désinhibition avec une majoration de l'impulsivité, un contrôle des pulsions sexuelles plus faible et ensuite des passages à l'acte exhibitionniste. L'explication pourrait être en partie liée à un dysfonctionnement cérébral entraînant une désinhibition sur le plan sexuel.

L'hypersexualité et les paraphilies dont l'exhibitionnisme sont étroitement liées. Lorsque les deux troubles coexistent chez le même individu, il semble s'agir d'une pathologie duelle où il est difficile de déterminer avec exactitude laquelle a provoqué ou entretient l'autre tant les mécanismes psychopathologiques semblent proches avec comme origine commune ces pulsions de nature sexuelle irrépressibles pour le sujet. Le parallèle peut être fait avec les addictions comportementales, le mécanisme en cause pourrait être en lien avec une forme d'addiction au sexe, comprenant des pulsions sexuelles irrépressibles, une forte préoccupation pour la sexualité avec un besoin d'obtenir des sensations et une excitation toujours plus forte, abaissant ainsi le seuil d'excitation classique et poussant l'individu vers des comportements sexuels déviants, desquels il ne saurait ensuite se passer. La définition du trouble compulsif du

comportement sexuel est d'ailleurs très proche des définitions d'addiction comportementale (comme le jeu pathologique par exemple).

Les mécanismes psychopathologiques du trouble exhibitionniste sont mal connus et ont très peu fait l'objet d'étude. Les théories psychanalytiques convergent vers une importance accordée au regard, dans un possible but de réparation narcissique par la perversion de l'échange. Les fantasmes sexuelles déviants semblent étroitement liés au trouble bien que leur présence ne présagent pas d'un passage à l'acte. Les comportements exhibitionnistes pourraient renforcer les fantasmes déviants, eux même renforçant alors le comportement. Les facteurs déclenchant le comportement sont mal connus. Enfin un lien entre l'hypersexualité et les troubles paraphiliques, dont le trouble exhibitionniste, existerait ce qui pose l'hypothèse d'un mécanisme psychopathologique proche d'une addiction comportementale.

5. Les prises en charges thérapeutiques :

5.1 Evolution des prises en charges :

Concernant les traitements des patients exhibitionnistes, il n'existe que très peu de preuves de leur efficacité dans la littérature. Ils ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Il n'existe pas de traitement spécifique pour ces patients, les différentes paraphilies forment un ensemble dont l'approche thérapeutique est similaire avec des objectifs communs. Les premiers traitements, dans les années 1960, visaient à réduire l'excitation sexuelle (56). Dans les années 1980, de nouvelles cibles thérapeutiques ont été identifiées, à savoir les intérêts sexuels, les biais cognitifs et les aptitudes sociales. Jusque dans les années 1990, des techniques comme la thérapie aversive électrique, l'aversion à l'ammoniaque, la satiété masturbatoire ou le reconditionnement orgasmique étaient utilisées, sans grande efficacité. Un essai clinique (57) a évalué l'efficacité de ces traitements en comparant 21 hommes ayant bénéficié de ceux-ci et 23 hommes n'ayant pas reçu de traitement. Ils étaient tous auteurs d'au moins un passage à l'acte exhibitionniste et ont été suivis en moyenne pendant 9 ans. Il a été retrouvé un fort taux de récurrence globale, de 48 %, sans différence statistiquement significative entre les groupes. Une étude de cohorte rétrospective (58) a étudié 7275 hommes délinquants sexuels au Nord-Ouest des États-Unis, présentant un trouble pédophile ou exhibitionniste, ou condamnés pour viol ou agression sexuelle sur un enfant. Entre 1973 et 1997, ils ont bénéficié d'une prise en charge variable puisque les différentes techniques ont évolué au cours des années. Les prises en soin proposées étaient très différentes, du conditionnement aversif par stimuli olfactif, en passant

par l'entraînement au contrôle des pulsions sexuelles, par la thérapie cognitive ou encore par la thérapie de groupe. Les patients souffrant d'exhibitionnisme ont obtenu un taux de récurrences plus bas que les autres patients, c'est-à-dire une récurrence de 13,5 %, définie par auto-déclaration d'une récurrence, un échec au polygraphe, une excitation déviante évaluée par pléthysmographie pénienne ou une nouvelle accusation de crime sexuel. Paradoxalement, ce groupe avait tendance à interrompre de manière prématurée le traitement (31%) et les récurrences étaient plus importantes à l'arrêt du traitement chez tous les délinquants sexuels. A noter également, qu'au cours des années, les récurrences étaient également moins importantes, probablement en lien avec l'évolution des prises en charge proposées, plus efficaces. Ces résultats pourraient suggérer qu'un suivi médical, quel qu'il soit, soit la base de la prise en charge des patients souffrant d'exhibitionnisme dans la prévention de la récurrence.

A la fin du XXe siècle, émergent les trois principes d'Andrews (56) qui sont : le risque, le besoin et la réceptivité. Le principe du risque correspond au fait que les patients doivent être traités en fonction de leur risque de récurrence, les plus à risque devant bénéficier d'un traitement plus intensif et plus étendu. Le principe de besoin correspond à orienter les prises en charge vers les déficits modifiables, prédicteurs de récurrence. Enfin, le principe de réceptivité soutient que le traitement proposé aux patients paraphiles serait plus efficace lorsque le thérapeute fait preuve d'empathie, qu'il se montre non jugeant, chaleureux et valorisant les comportements pro-sociaux. Les techniques d'entretiens motivationnels commencent à être mises en application chez ces patients. La réduction de la récurrence n'est plus l'objectif unique de la prise en charge du patient, l'individu est positionné au centre de la prise en charge en tant que malade.

5.2 Les recommandations :

Actuellement, en France, la prise en charge des patients ayant un trouble paraphilique (59), repose sur un suivi psychothérapeutique pouvant être associé à un traitement médicamenteux ayant pour objectifs de tendre à une sexualité plus épanouissante en diminuant l'activité sexuelle déviante et d'améliorer le fonctionnement psychosocial du patient. Cette prise en charge globale pouvant alors entraîner une baisse des récurrences dans un second temps. La WFSBP (60) (World federation of societies of biological psychiatry) en 2020, suite à une analyse large de la littérature, a émis des recommandations pour la prise en charge des troubles paraphiliques dépendant de la sévérité de ce trouble (5 gradations). Le niveau 1 correspond aux troubles paraphiliques légers avec très faible risque de violence sexuelle. Le traitement repose sur la TCC (thérapie cognitivo-comportementale), le but étant de contrôler les fantasmes,

pulsions et comportements sexuels déviants sans générer d'impact sur le désir ou les activités sexuelles conventionnelles. Le niveau 2 correspond aux paraphilies légères avec échec de traitement par la psychothérapie unique, à laquelle il peut être associé un traitement par ISRS (Inhibiteur de recapture de la sérotonine) à dose anti-TOC. Les effets indésirables de l'antidépresseur sur la libido sont en fait recherchés. L'objectif est alors de réduire les fantasmes et comportements sexuels paraphiliques en entraînant un impact mineur sur la sexualité du sujet. Le niveau 3 comprend les paraphilies avec un risque modéré de violence sexuelle ou ayant échappé aux traitements plus légers. Le traitement repose toujours sur une prise en charge par TCC, en association à des anti-androgènes, pouvant être associé ou non à un ISRS. A chaque niveau, l'objectif est toujours une réduction des fantasmes, compulsions ou comportement paraphilie, mais l'impact sur la sexualité conventionnelle est majoré. Le niveau 4 et 5 sont réservés aux paraphilies les plus sévères, pouvant comprendre un traitement par analogue de la LHRH, ayant un grand risque de violence sexuelle ou ayant échappé aux traitements des niveaux précédents. Pour le trouble exhibitionniste, appartenant aux troubles paraphiliques légers (niveau 1 ou 2 de sévérité), les recommandations sont de débiter par un traitement par TCC, pouvant être associé à un ISRS en cas d'excitation paraphilique non contrôlée par la psychothérapie ou d'emblée si le patient présente une comorbidité à type de trouble du contrôle des impulsions, un trouble obsessionnel compulsif ou un épisode dépressif caractérisé. On peut ensuite également proposer un traitement par antiandrogène, ou des analogues de la LHRH, permettant une diminution de la testostérone et ainsi entraîner une réduction de l'excitation et du comportement sexuel déviant. Ces traitements sont généralement proposés aux délinquants sexuels à haut risque, cependant ils peuvent être utilisés chez les patients pour lesquels les traitements précédents sont insuffisamment efficaces, lorsqu'ils sont consentants.

Thibault et al (60) dans la WSFBP rejoignent les conclusions de la conférence de consensus du 22 et 23 novembre 2001 (22) de la Fédération Française de Psychiatrie et du rapport de la commission d'audition du 17 juin 2018 (61) conduite par la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAUS), qui stipulaient déjà que les ISRS sont des traitements médicamenteux qui peuvent être utilisés pour le traitement de certaines paraphilies à faible risque de passage à l'acte et à forte tonalité compulsive, à dose anti-TOC (forte posologie), toujours en association à la thérapie cognitivo-comportementale.

En 2022, la WFSBP (48) a également émis des recommandations concernant la prise en charge des patients présentant un trouble compulsif du comportement sexuel associé à un

trouble paraphilique et renvoie à l'algorithme de Thibault et al, avec un traitement dépendant de la sévérité de la maladie. Ils précisent que les agonistes LHRH doivent être réservés aux patients présentant des symptômes intenses de compulsion avec un risque au moins modéré d'infraction à caractère sexuel.

5.3 Traitements par antidépresseur et psychothérapie :

Concernant les traitements par psychothérapie et antidépresseur, il est important de préciser que Thibaut et al (60) ont déterminé des recommandations pour le traitement des patients exhibitionnistes en s'appuyant principalement sur des études de cas (patients traités par fluoxétine, fluvoxamine). La plus grosse étude citée étant celle de Greenberge et al (62), qui, en 1996, ont comparé l'efficacité de plusieurs ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline) chez des sujets atteints de paraphilies, soit 58 au total, dont 14 % souffraient d'exhibitionnisme. Ils retrouvent une baisse significative de l'intensité et de la fréquence des fantasmes paraphiliques de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine de traitement pour ces antidépresseurs. Cette étude n'a pas permis de déterminer l'efficacité des ISRS sur les récidives.

Dans le reste de la littérature, les études existantes concernant l'efficacité des traitements médicamenteux des patients exhibitionnistes sont à faible niveau de preuve. La plupart des données rapportant une efficacité de la LHRH seule (63), en association à la thérapie cognitivo-comportementale (64) ou des ISRS : fluoxétine (65), clomipramine (66), paroxétine (67) ou trazadone (68), sont des études de cas. De même, une revue de la littérature (69) retrouve des résultats globalement positifs des différentes thérapies chez les délinquants sexuels : psychothérapie fonctionnelle analytique, thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie comportementale dialectique et thérapie de désactivation de mode. Cependant, une seule étude traitant d'un seul patient exhibitionniste ayant bénéficié d'une thérapie d'acceptation et d'engagement et d'une psychothérapie fonctionnelle analytique a été incluse, ce qui ne représente pas un haut niveau de preuve.

Au contraire, Richer et al (70) dans une revue de la littérature, entre 1966 et 1991, s'appuyant sur des essais comparatifs et des rapports de cas, ne retrouvent pas de preuve solide d'une diminution de la récidive chez les délinquants sexuels (pédophilie, viol, exhibitionnisme) grâce à un traitement pharmacologique (antidépresseur) ou psychothérapeutique, ou d'une combinaison des deux. De même, certains rapports de cas (71) ne retrouvent pas d'efficacité d'un ISRS ou d'un antiandrogène sur l'excitation sexuelle. Plus récemment, Kenworthy et al (72) dans une revue de la littérature incluant 9 essais contrôlés randomisés, comptant plus de

500 délinquants sexuels masculins, confirment qu'il existe peu d'essais concluants, apportant des preuves de l'efficacité des psychothérapies ou des traitements médicamenteux.

Des études comparatives incluant un nombre plus important de patients exhibitionnistes pourraient être réalisées afin d'améliorer les preuves d'efficacité de ces traitements.

5.4 Traitements par freinateur de libido :

Concernant l'efficacité des traitements freinateurs de libido, Thibault et al (60) après analyse de la littérature, rapportent une diminution de l'activité sexuelle problématique avec un traitement par antiandrogènes des patients paraphiles : acétate de médroxyprogestérone et acétate de cyprotérone. Les études montrent cependant des résultats contradictoires avec beaucoup d'effets indésirables et de ce fait, une mauvaise observance. La majorité des études comprennent peu de patients présentant un trouble exhibitionniste et ne permettent pas une généralisation des résultats à ce trouble. Si on s'intéresse spécifiquement aux études traitant du trouble exhibitionniste, la seule étudiant l'efficacité d'un traitement par Provera (médroxyprogestérone) sur des patients exclusivement exhibitionnistes est celle de Langevin et al (73). Ce sont 37 patients exhibitionnistes qui sont répartis en 3 groupes : traité par Provera seul, traité par psychothérapie seul (17 participants) et traité par psychothérapie en association à Provera (12 participants). Le groupe traité par Provera n'a pas pu être analysé du fait de 5 abandons. Il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative entre les deux groupes examinés. Meyer et al (74) retrouvent des résultats plus concluants puisqu'ils ont comparé 40 paraphiles, dont 10 exhibitionnistes, acceptant un traitement par acétate de médroxyprogestérone, à 21 patients, dont 6 exhibitionnistes refusant le traitement, suivis pendant 6 mois à 12 ans. Il existe une nette différence de récurrence dans le groupe traité puisqu'on a comparativement 18 % de récurrence sous traitement freinateur de libido contre 58 % dans le groupe des patients non traités. Pour les exhibitionnistes, la différence est encore plus importante puisque c'est 20 % de récurrence chez les sujets traités contre 82 % chez les sujets non traités. Ils notent que le traitement est efficace mais qu'il génère des effets secondaires et qu'il est important de sélectionner des patients initialement motivés. D'autres études, comme Gagné et al(75) retrouvent une diminution des fantasmes déviants et du comportement sexuel déviant, ainsi qu'une amélioration du fonctionnement psychosocial chez 40 des 48 patients paraphiles étudiés, traités par acétate de médroxyprogestérone et suivis pendant 1 an. On note uniquement 5 exhibitionnistes dans cette étude, qui ne détaille pas le nombre d'exhibitionnistes rapportant une évolution favorable sous traitement. Enfin Laschet (76) examinant rétrospectivement 110

patients paraphiles dont 24 exhibitionnistes, traités par acétate de cyprotérone, rapporte une diminution de l'activité sexuelle problématique dans 80 % des cas.

Ils recommandent également un traitement par agoniste de la LHRH (leuproréline et triptoréline) pour les troubles paraphiliques sévères puisque les études notent une efficacité de cette thérapeutique mais qu'elles sont de faible niveau de preuve. Pour les études ayant inclus des patients exhibitionnistes, il s'agit en effet d'études avec un faible échantillon et dont les exhibitionnistes sont toujours minoritaires, rapportant une baisse des fantasmes et du comportement sexuel sous triptoréline (77) ou leuproréline (78,79). L'efficacité du traitement étant basée sur les déclarations du patient et non des données objectives.

Les données déjà existantes penchent vers une efficacité de ces traitements dans le trouble exhibitionniste, notamment en ce qui concerne la réduction des fantasmes et des récidives. L'adhésion initiale et la motivation du patient semblent essentielles du fait d'effets indésirables et du risque d'arrêt du traitement. Il serait cependant souhaitable de réaliser des études supplémentaires, plus puissantes, centrées sur des patients exhibitionnistes, concernant l'efficacité des freinateurs de libido dans le trouble pour confirmer ces résultats.

5.5 Une rupture de soin fréquente :

Selon la littérature, les patients souffrant d'exhibitionnisme ont tendance à abandonner de manière précoce le traitement et le suivi. Ce constat est retrouvé dans plusieurs études, à l'image de l'étude de Langevin et al (73) précédemment citée. De même, l'examen d'une cohorte prospective par Langevin (80) composée de 778 délinquants sexuels masculins au Canada, dont 70 exhibitionnistes, entre 1960 et 2000, rapporte que la plupart des patients souffrant d'exhibitionnisme ont déclaré souhaiter un traitement, cependant ils n'étaient pas plus susceptibles que les autres groupes de mener à terme celui-ci. Sur les 50,6 % des 778 individus ayant exprimé un désir de traitement, seulement 13,6 % l'ont terminé. De même, Khan et al (81), dans une revue de la littérature incluant 7 essais contrôlés randomisés visant à évaluer l'efficacité des interventions pharmacologiques chez les délinquants sexuels, retrouvent une seule étude s'intéressant aux exhibitionnistes pour laquelle il était impossible de conclure du fait d'un abandon de 15 patients sur les 17 initiaux.

On peut s'interroger sur les raisons des abandons de traitements dans ce groupe d'individus, il est possible que ce soit lié à une mauvaise tolérance médicamenteuse, à une conscience des troubles médiocre, une absence de sentiment de souffrir d'un véritable trouble ou de présenter des biais cognitifs renforçant l'idée de ne pas avoir besoin de soin.

5.6 Prises en charge judiciaires :

En France, l'entrée dans les soins psychiatriques est souvent liée à une condamnation par le système pénal à une obligation de soins (Article 132-45 du code pénal) ou à un prononcé d'injonction de soins (Article 131-36-4 du code pénal). Ces deux mesures judiciaires obligent le patient à se soumettre à des mesures d'examens, de traitements ou de soins, y compris sous le régime de l'hospitalisation. L'obligation de soins n'exige pas de procédure particulière, ne nécessite pas de diligenter une expertise médicale préalable. L'obligation de soins peut être prononcée avant déclaration de culpabilité où elle constitue une modalité du contrôle judiciaire ou après déclaration de culpabilité où elle constitue une obligation particulière pour l'ajournement avec mise à l'épreuve, pour l'emprisonnement assorti de sursis avec mise à l'épreuve avec ou sans travail d'intérêt général, pour une mesure d'aménagement de peines. Au maximum, l'obligation de soin peut être prononcée pour une durée de 10 ans lorsqu'il s'agit d'un délit. Elle consiste en la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé. Le non-respect de l'obligation de soins, peut entraîner la révocation de la mesure à laquelle elle est rattachée et, de ce fait, provoquer l'incarcération.

Concernant l'injonction de soins, elle est applicable uniquement lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et après déclaration de culpabilité. Elle nécessite la réalisation d'une expertise médicale dont les conclusions recommandent un suivi via l'injonction de soin, sauf pour certains cas où elle n'est pas obligatoire, notamment lors des faits d'exhibitionnisme (Article 222-48-1 du code pénal). Elle peut être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, d'un sursis mise à l'épreuve, de la libération conditionnelle et de la surveillance judiciaire, d'une rétention de sûreté ou dans le cadre de surveillance de sûreté. Elle peut être prononcée pour une durée maximum de 20 ans en cas de délit. L'injonction de soins constitue une véritable articulation entre la santé et la justice grâce à la désignation d'un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le juge d'application des peines et le médecin traitant.

Le suivi-socio-judiciaire quant à lui est, en cas de délit, une peine privative de liberté, principale ou complémentaire. Elle oblige à se soumettre, sous contrôle du juge d'application des peines à des mesures de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive (Loi n°98-468 du 17 juin 1998). Elle peut être prononcée avec ou sans injonction de soins.

En cas de violation de l'injonction de soins, le juge d'application des peines peut révoquer la peine d'emprisonnement avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve, révoquer la libération conditionnelle si l'on se trouve dans ce cadre, prononcer le retrait des réductions de

peine dans le cadre d'une mesure de surveillance judiciaire. En cas de violation des obligations du suivi socio-judiciaire, notamment l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut mettre à exécution partiellement ou totalement l'emprisonnement fixé par la juridiction de jugement.

La justice peut donc amener les patients exhibitionnistes, par ces mesures, à débiter un suivi psychiatrique adapté. Une étude de cohorte rétrospective (82) ayant examiné 100 délinquants sexuels entre 2004 et 2009, dont 14 condamnés pour des faits d'exhibitions et 9 ayant reçu un diagnostic de trouble exhibitionniste, suggère une réduction des risques de récidives grâce au suivi socio-judiciaire. Il a été retrouvé uniquement 3 % de récidives à 5 ans de suivi sur la totalité des délinquants. Rendre le suivi obligatoire serait dans un premier temps une porte d'entrée vers le soin et permettrait d'apporter une aide au maintien dans les soins.

Les traitements des patients exhibitionnistes ont évolué vers des prises en charge plus modernes, avec, à l'heure actuelle, une priorité accordée à la thérapie cognitivo-comportementale pouvant être associée à certains antidépresseurs selon les cas, voire des traitements freinateurs de libido. L'intensité de la prise en charge devrait être adaptée à la sévérité de la paraphilie, des comorbidités, des traitements déjà essayés par le passé et à la motivation du patient. Les résultats des études concernant l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses et psychothérapeutiques pour ces patients sont controversés et n'ont apporté que peu de preuve d'efficacité que sur la réduction des fantasmes déviants ou des récidives. Il serait intéressant de pouvoir réaliser des essais contrôlés randomisés à grande échelle mais ces études sont difficiles à mettre en place et se heurtent à des difficultés d'ordre éthique. De plus, l'arrêt des traitements serait fréquent dans cette population. Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ou l'obligation de soins seraient alors une façon d'obliger la mise en place d'un suivi et serait plutôt efficace dans la réduction de la récidive en France. On peut également se demander quels sont les objectifs des thérapeutiques, la priorité devrait être centrée sur le travail des fantasmes déviants, de la place de la sexualité dans la vie des auteurs, sur la qualité de vie des auteurs et sur leur insertion socio-professionnelle. La diminution des récidives devrait être considérée comme une conséquence de l'amélioration du patient et non comme un objectif. Il semble qu'il existe une mauvaise compréhension du trouble exhibitionniste et qu'il serait utile de mieux comprendre les enjeux l'entourant pour avoir une prise en charge plus impactante.

III) Discussion

Les fantasies déviantes à type d'exhibitionnisme en population générale et le passage à l'acte exhibitionniste semblent être fréquents si l'on se base sur les études de victimisation. Malgré un phénomène qui semble répandu et un impact négatif non négligeable sur certaines victimes, le signalement aux autorités reste rare puisque, selon les études, on retrouve des taux variables mais globalement faibles, entre 7 % (9), 15 % (6) et 28,6 % (15) des cas. Dans l'étude descriptive de Clark et al (7) s'intéressant à 459 étudiants de premier cycle en psychologie, la déclaration aux forces de l'ordre aurait été faite dans uniquement 9 % des cas lorsque la victime était une femme et dans aucun cas lorsque la victime était un homme. De plus, les patients souffrant d'un trouble paraphilique consultent rarement spontanément. On peut constater que dans certains CRIAVS (centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) qui ouvrent des consultations dédiées (comme Montpellier par exemple), ou auprès de certains psychiatres et psychologues, la majorité des patients débutent une démarche de soin après avoir été en contact avec la justice ou lorsqu'ils y sont contraints dans le cadre d'un soin pénalement ordonné. C'est pourquoi, la plupart des données officielles, provenant de dossiers de police (83) concernant les exhibitionnistes sont une probable sous-estimation du phénomène réel étant donné le faible nombre de victimes qui contactent les forces de l'ordre alors que les récidives chez ces individus sont loin d'être une exception. L'autre biais réside dans le fait que les données officielles de police comprennent les faits d'exhibitions sexuelles au sens de la loi qui n'appartiennent pas systématiquement au fait d'exhibitionnisme au sens psychiatrique du terme. De plus, les résultats basés sur les auto-déclarations des auteurs d'exhibitionnisme se heurtent également au biais de désirabilité avec un risque de délivrance des informations altérée du fait du regard de l'examineur, pouvant également entraîner une sous-estimation.

Les études concernant les exhibitionnistes suggèrent l'existence de plusieurs facteurs de risque causaux dont le sexe masculin, l'âge jeune, l'hypersexualité, les troubles addictologiques, l'isolement social, certains troubles psychiatriques ou encore les dysfonctionnements familiaux dans l'enfance. On constate que les données concernent uniquement les hommes, cependant, lorsque l'on interroge la population générale, des femmes rapportent des pensées ou des passages à l'acte exhibitionnistes. On peut donc se demander où et qui sont ces femmes, qui ne semblent pas rencontrer la justice. L'une des hypothèses serait une absence de signalement aux autorités en cas de comportement exhibitionniste perpétré par

une femme, en lien avec la vision sociétale que les femmes sont avant tout des victimes, qu'elles ne peuvent pas être auteures de violence sexuelle ou encore que les hommes témoins d'une exhibition perpétrée par une femme pourraient trouver ce comportement non dérangeant voire même plaisant. Cette stigmatisation est mise en lumière dans l'étude de Fuss et al (84), comparant la classification de vignettes cliniques en trouble paraphilique ou non, par 546 professionnels de santé. Chaque vignette clinique présente un auteur masculin ou féminin et des situations avec des comportements sexuels implicites ou explicites. Il en résulte que les auteures de sexe féminin ont été moins pathologisées que les hommes pour le trouble exhibitionniste en situation explicite et que, lors des situations ambiguës, 65 % des hommes ont reçu un diagnostic d'exhibitionnisme contre 36 % des femmes. On ne connaît donc pas l'étendue exacte de ce trouble en population féminine et notre perception sociétale genrée masque peut-être une partie de ces patientes.

L'hypersexualité telle qu'elle est définie par la CIM 11, correspond à un comportement sexuel compulsif, entraînant une répercussion fonctionnelle avec une incapacité de contrôle malgré des efforts importants. Bien que les études étudiant le lien entre hypersexualité et trouble exhibitionniste n'utilise pas une définition claire de l'hypersexualité, ces deux troubles sont fréquemment associés. Les mécanismes causaux amenant à l'un ou l'autre de ces troubles sont encore mal connus. Il pourrait exister un mécanisme addictif intriqué puisque, bien que ces troubles soient classés respectivement dans les troubles paraphiliques et les troubles du contrôle des impulsions, leurs mécanismes sont très proches d'un fonctionnement addictologique. En effet, les patients souffrant d'exhibitionnisme ont rapporté présenter des pulsions incontrôlables et il existerait une forte récurrence des passages à l'acte. La recherche d'une excitation sexuelle plus intense pourrait être secondaire à un phénomène d'habituation aux stimulations conventionnelles, entraînant progressivement une dérive sexuelle, comme un phénomène de tolérance, par abaissement du seuil d'excitation normal. Les pulsions sexuelles seraient alors difficilement contrôlables, à l'image d'un craving et l'activation du système de récompense immédiate lors du passage à l'acte pourrait être à l'origine de la poursuite de ce comportement. Dans ce contexte, il ne semble pas incohérent qu'une grande partie de ces patients présentent également un autre trouble addictologique.

Cette réduction des limites dans la sexualité se reflète dans le fait que fréquemment plusieurs troubles paraphiliques sont présents en même temps, chez le même individu. L'association des diverses paraphilies suggère un mécanisme de développement commun,

pouvant être en lien avec l'hypersexualité ou lié à des facteurs de risque communs, comme les dysfonctionnements familiaux dans l'enfance.

Si l'on se réfère aux antécédents délictuels et criminels importants de cette population, qu'il s'agisse d'un acte sexuel ou non, les patients exhibitionnistes présenteraient un potentiel de dangerosité. Il existe peu d'études concernant les traits de personnalité pathologique rencontrés chez ces individus et elles ne permettent pas de déterminer un type principal de personnalité en particulier puisque l'on retrouve de manière variable des traits de personnalité cluster B et C. Ces transgressions de la loi poussent cependant à penser qu'un certain nombre de ceux-ci présenteraient des traits de personnalité de type antisocial et psychopathique, et formeraient un sous-groupe parmi les exhibitionnistes. Ce sont d'ailleurs, parmi les exhibitionnistes, ceux qui présentent ce type de personnalité qui sont en grande majorité responsables des passages à l'acte sexuel avec contact. On peut également penser que le passage à l'acte sexuel avec contact, bien qu'il ne concerne qu'une minorité des patients exhibitionnistes, pourrait être soit l'objectif principal d'une personne qui s'exhiberait, soit une dérive supplémentaire à la recherche d'une excitation plus intense.

Les axes de prise en charge des patients exhibitionnistes sont encore mal définis et les preuves d'efficacité des techniques utilisées sont faibles. La thérapie cognitivo-comportementale est cependant la base de la prise en charge. Les traitements par antidépresseur et les freinateurs de libido en association, semblent prometteur, bien qu'il existe des effets indésirables non négligeables et que le choix de ce type de traitement doit être adapté à la sévérité du trouble exhibitionniste, aux comorbidités et à la motivation du patient. Le soin pénalement ordonné notamment l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire semble, cependant, être un levier efficace pour permettre à ces patients d'entrer dans les soins, de prendre conscience de leurs troubles et de prévenir les récidives. L'exploration des mécanismes psychopathologiques sous-jacents permettrait une meilleure compréhension du trouble et une thérapie plus adaptée à celui-ci. Les objectifs de prise en charge mériteraient également d'être redéfinis, en accord avec le patient, qu'il s'agisse de réduire les fantasmes ou les pulsions sexuelles, de réduire la souffrance psychique causée par le trouble ou de diminuer les récidives, ainsi que d'améliorer ses comportements prosociaux.

IV) Conclusion

A l'heure actuelle, les connaissances concernant la psychopathologie du trouble exhibitionniste et sa dynamique sont mal connues alors même qu'il pourrait s'agir de l'une des paraphilies les plus fréquentes avec des récurrences multiples. L'absence de donnée exacte concernant la fréquence des passages à l'acte et sa probable sous-déclaration aux autorités génère une probable grande sous-estimation de ce trouble. Les passages à l'acte ont été, dans de nombreuses études, décortiqués sans possibilité de révéler un modus operandi typique, chaque individu semble agir de manière variable bien que, la plupart du temps, l'exhibition se déroule en journée, dans un lieu public, l'auteur entrant rarement en contact avec la victime au préalable, se masturbant majoritairement. Il s'agit d'un trouble qui concerne principalement les hommes. La minorité des femmes qui seraient concernées, n'ont jamais été étudiées. Il semble se dégager quelques facteurs de risque comme le sexe masculin, l'âge jeune, l'hypersexualité, les troubles liés à l'usage d'alcool ou de toxiques ou certains troubles psychiatriques, les dysfonctionnements familiaux dans l'enfance. Le trouble exhibitionniste serait très souvent associé à un ou plusieurs autres troubles paraphiliques. Les individus souffrant de ce trouble se rendraient également fréquemment coupables d'une autre transgression de la loi qu'il s'agisse d'une infraction, d'un délit ou d'un crime. Les idées reçues concernant l'absence de dangerosité psychiatrique ou criminologique de ces personnes seraient donc obsolètes.

Les fantasmes de type exhibitionniste sont loin d'être rares en population générale, cependant une faible proportion de ces individus vont développer en conséquence un trouble paraphilique constitué entraînant finalement pour certains un passage à l'acte. Les facteurs déclenchant ou distinguant ces deux groupes d'individus sont mal connus. En dehors de la recherche d'une excitation sexuelle, il pourrait exister une dimension encore mal comprise dans le trouble exhibitionniste. D'autant plus qu'il semble y avoir une récurrence importante chez ces individus alors même que les réactions des victimes sont en écrasante majorité négatives, les réactions de peur ou de dégoût ne semblent pas être freinateur du comportement. On ne sait pas dans quelle mesure la réaction positive ou négative de la victime joue un rôle pour l'auteur. Les motivations des auteurs sont également incomprises à l'heure actuelle. Certains biais cognitifs encore inexplorés pourraient également jouer un rôle important.

Le lien avec l'hypersexualité chez un nombre important d'exhibitionnistes amène à se questionner également sur un mécanisme addictif, que ce soit une addiction à la sexualité, ou même à l'exhibition. Les classifications ont toujours été longuement débattues, les constatations du caractère répétitif et de la recherche de sensation, pourraient amener à proposer une classification de ces troubles parmi les troubles addictifs. L'hypothèse d'une addiction comportementale ne pouvant être exclue, avec un besoin de réalisation du comportement sans prise en compte de l'issue, à la recherche d'un soulagement immédiat sans objectif autre que satisfaire cette pulsion incontrôlable.

Bien que certains auteurs se soient penchés sur les caractéristiques des passages à l'acte ou des auteurs, de l'étendue du trouble, de la manière de poser un diagnostic de déviance ou de les traiter, étonnamment, les pensées entourant le passage à l'acte, c'est-à-dire facilitant celui-ci ou l'entretenant, n'ont jamais été étudiées. Les biais cognitifs et leurs rôles sont également très peu investis par les études. Les patients exhibitionnistes n'ont jamais été interrogés directement sur leurs motivations, leurs objectifs et sur ce qui les pousse à poursuivre le comportement. Les connaissances actuelles du trouble reposent sur l'observation des faits exhibitionnistes à partir desquels il en est déduit des hypothèses psychopathologiques. Il semble important de mieux comprendre les enjeux dynamiques du trouble exhibitionniste en interrogeant directement les patients concernés, à la recherche des pensées anticipatoires, soulageantes et permissives pouvant mettre en lumière les processus cognitifs amenant au passage à l'acte ou entretenant le comportement. Dans le même temps, les fragilités psychiques et les facteurs de risque pourraient être explorés en interrogeant de manière large la sexualité de l'individu, son parcours de vie et la perception de l'évolution de son trouble. De ce fait, une étude de type qualitative, qui permet l'expression d'une expérience subjective, nous semble être le design le plus adapté pour explorer les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte. La meilleure compréhension de ces patients pourrait dans un second temps permettre de mieux évaluer les patients afin d'orienter de manière plus ciblée le suivi et de mettre en place une prise en charge individualisée, plus adaptée et plus efficace. Cette étude qualitative explorant les processus cognitifs sous-tendant les passages à l'acte est présentée dans la partie 2.

**PARTIE 2 : ETUDE QUALITATIVE SUR LES
PROCESSUS COGNITIFS IMPLIQUES
DANS LE PASSAGE A L'ACTE
EXHIBITIONNISTE**

Méthodologie :

Type d'étude et objectif principal :

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant une approche phénoménologique, s'inscrivant dans un paradigme compréhensif d'un phénomène. L'objectif principal est de mieux comprendre l'expérience vécue de patients exhibitionnistes au travers de leurs émotions, de leurs représentations, de leurs croyances et du récit d'évènements de vie, pour ainsi mettre en lumière les processus cognitifs sous tendant le passage à l'acte exhibitionniste. Les participants ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs à partir d'un guide d'entretien conçu préalablement (Annexe I).

L'objectif secondaire est de dresser le profil des patients exhibitionnistes en récoltant diverses données chiffrées ou non, concernant leurs sexualité, leurs exhibitions et leurs victimes (nombre de partenaires sexuels vie entière, nombre d'exhibitions vie entière, sexe de la victime, lieux des exhibitions...etc).

Population de l'étude :

Nous avons recruté des patients exhibitionnistes ayant un suivi psychiatrique ou psychologique au CRIAVS-LR à Montpellier (Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles du Languedoc Roussillon), débuté spontanément ou faisant suite à une injonction ou une obligation de soins. Le trouble présenté par les sujets devait répondre à la définition du trouble exhibitionniste du DSM V. N'étaient pas inclus, les sujets qui avaient moins de 18 ans, qui ne parlaient pas français, ou qui présentaient un retard mental.

Le nombre de patients n'avait pas été déterminé préalablement, les inclusions se sont poursuivies jusqu'à saturation des données. Chaque patient a donné son consentement pour participer à l'étude, après avoir reçu une note d'information comprenant les explications quant à l'objectif et la méthodologie de celle-ci. Un total de 12 patients exhibitionnistes ont accepté de participer à l'étude. Ils étaient âgés entre 20 et 88 ans.

Déroulement pratique :

Réalisation d'un guide d'entretien :

Une recherche bibliographique complète permettant de faire l'état des lieux à propos des connaissances sur le trouble exhibitionniste a été réalisée et nous nous sommes questionnés

sur les processus, a priori, pouvant expliquer la dynamique du trouble exhibitionniste. Aucune étude de design similaire n'a été retrouvée malgré une recherche bibliographique large. Les données concernant les distorsions cognitives soutenant le passage à l'acte, les facteurs déclenchant et les fragilités psychiques potentielles des exhibitionnistes sont insuffisantes.

Ainsi, un large panel de questions ont été déterminées avec l'aide des professionnels du CRIAVS-LR recevant habituellement ces patients en consultation, afin d'explorer de manière approfondie les représentations des participants, leurs émotions, leurs expériences. Le modèle de pensées anticipatoires, soulageantes et permissives a été développé pour la première fois par Beck en 1993 dans le domaine de l'addiction (85). Il postule que ces 3 types de croyances vont générer et maintenir la réalisation d'un comportement. Avec d'une part les croyances anticipatoires correspondant à l'attente d'un effet positif d'une action, d'autre part les croyances soulageantes correspondant à l'attente d'une diminution d'une souffrance et amenant au craving, et enfin les croyances permissives permettant de légitimer le comportement. Jonhston et Ward (86) en 1996, quant à eux, font l'hypothèse que ces distorsions cognitives sont essentielles à la compréhension du passage à l'acte des délinquants sexuels, qu'il existe des distorsions cognitives préexistantes au passage à l'acte ainsi que des facteurs affectifs et motivationnels qui ne doivent pas être négligés. Nous appliquerons cette approche à l'exhibitionnisme. Certaines de ces questions ont donc été choisies spécifiquement, pour mettre en évidence les croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pouvant expliquer les processus cognitifs conduisant au passage à l'acte, c'est-à-dire en explorant les distorsions cognitives au sens large, qu'elles soient préexistantes ou non au passage à l'acte, le positionnement de soi par rapport à soi et au monde, ainsi que les croyances déformées en matière de sexualité, les fragilités psychiques et addictologiques associées.

Ainsi, cinq catégories de questions ont été établies :

- Les représentations collectives et personnelles du phénomène
- La réflexivité sur soi par rapport à la personnalité
- La réflexivité sur soi en ce qui concerne le corps et la sexualité
- L'exploration de leur expérience vécue de l'exhibition
- L'exploration de l'évolution en terme d'addiction

Le guide d'entretien a été élaboré préalablement, il est disponible dans son intégralité en annexe I. Il a été conçu avec une majorité de questions ouvertes afin de limiter l'induction de réponses. Le guide d'entretien a été adapté au cours des entretiens pour augmenter la

pertinence de celui-ci et de permettre une adaptation aux thématiques les plus souvent verbalisés par les patients exhibitionnistes. Les questions de relance n'ont été posées que lorsque les questions initiales ne permettaient pas une élaboration spontanée par les participants.

Recueil des données :

Les entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés en français. Ils se sont déroulés dans les locaux de l'hôpital Lapeyronie à Montpellier, au cours d'une consultation dédiée, dans un lieu neutre. Ils ont été réalisés entre septembre 2022 et janvier 2023. Chaque entretien durait entre 34 et 106 minutes. L'accord des chefs de service de l'établissement de rattachement a été préalablement obtenu. Cette recherche a obtenu un avis favorable de l'Institut Review Board (IRB) du CHU de Montpellier (IRB-MTP 198711) en date du (15/09/2022).

Des données sociodémographiques permettant de caractériser les participants à l'étude ont été relevées dans un premier temps via le dossier médical : âge, statut marital, l'isolement social, l'activité professionnelle et les loisirs, les consommations de toxiques. Des données sur la sexualité et des comportements exhibitionnistes ont également été recueillies : orientation sexuelle, nombre de partenaire sexuel sur vie entière, nombres de passage à l'acte exhibitionniste vie entière, lieux des exhibitions, caractéristiques des victimes des exhibitions, autre paraphilie, antécédent d'agression sexuelle ou de viol, fréquences des exhibitions.

Deux échelles ont été réalisées au cours du suivi de ces patients, il s'agit de la MINI version abrégée permettant de mettre en évidence d'éventuels troubles psychiatriques associés et de la CARNES (SAST : Sexual Addiction Screening Test, 2008) (Annexe II), échelle d'addiction sexuelle par auto-questionnaire. Ces échelles permettront d'explorer les comorbidités psychiatriques et addictologiques des sujets pour ainsi mettre en évidence d'éventuelles fragilités psychiques et d'argumenter le lien potentiel avec une hypersexualité.

En introduction, il était présenté l'intérêt et le but de l'étude qualitative aux participants, ces derniers étant informés de l'anonymisation de leurs propos. Les entretiens ont été enregistrés afin d'être retranscrits dans leur intégralité par l'investigateur sous la forme d'un verbatim. Ils ont ensuite été anonymisés.

Retranscription des entretiens :

Tous les entretiens étaient, avec l'accord des participants, enregistrés par le biais d'un logiciel de dictée vocale. Des notes ont été prises à propos des comportements paraverbaux et les propos des patients, ainsi que le contexte ou l'atmosphère ambiante. Les données des

entretiens étaient intégralement retranscrites, mot à mot, sur un document de traitement de texte. Il s'agit d'une étape incontournable, celle de retranscription du verbatim, c'est-à-dire du contenu exact du discours du patient permettant d'obtenir le substrat d'analyse de l'objet de recherche, étant le plus fidèle possible. La retranscription des verbatim durait en moyenne cinq heures pour une heure d'entretien.

L'analyse des données :

L'analyse du verbatim a été réalisée par l'investigatrice principale et par un second investigateur, en utilisant une approche phénoménologique de type sémio-pragmatique, inspirée de *Charles Sanders Peirce*. Après avoir retranscrit les verbatim, l'analyse a débuté par une lecture flottante puis focalisée permettant le découpage du verbatim en unité de sens. Des catégories émergentes selon leur niveau de sémiotique (leurs « mode d'être » : la qualité (1), les faits (2) et la loi (3)) ont été établies grâce à un travail de catégorisation sémio pragmatique en s'appuyant sur des indices textuels et contextuels. Les catégories sont ensuite ordonnées entre elles selon des relations logiques et en fonction du mode d'être auquel elles appartiennent. Le sens du phénomène étudié est restitué grâce à l'obtention des catégories de plus haut niveau sémiotique, qui correspondent à la compréhension du phénomène étudié.

Chaque entretien a été analysé indépendamment des autres puis les analyses des différents entretiens ont dans un second temps été confrontés pour faire émerger 4 catégories principales, permettant de mieux comprendre le phénomène étudié.

Résultats :

I. Description de l'échantillon :

Tableau 1 : Les données socio-professionnelles

	Âge	Célibataire/couple	Isolement social	Activité professionnelle	Loisirs
P 1	66 ans	Célibataire	Oui	Retraite et autoentrepreneur (chantier)	Non
P 2	30 ans	Célibataire	Non	Recherche emploi	Non
P 3	53 ans	Célibataire	Oui	Cadre technique dans une société informatique, télétravail	Non
P 4	23 ans	En couple avec une femme depuis un an et demi	Non	Aucune, diplôme informatique	Non
P 5	68 ans	Célibataire	Oui	Retraite Travaillait à la poste	Cours d'électronique
P 6	20 ans	Célibataire	Non	Stagiaire sur un plateau de cinéma	Non
P 7	38 ans	Célibataire	Oui	Aucun, avant intérimaire ouvrier agricole	Échecs
P 8	45 ans	Célibataire	Oui	Aucun	Yoga Lecture
P 9	28 ans	Célibataire	Non	Entretien ménager	Non
P 10	71 ans	En couple	Non	Retraité, était directeur d'hôtel	Littoral voyage
P 11	88 ans	Célibataire, Veuf	Non	Retraité, était aide-soignant	Non
P 12	52 ans	En couple avec une femme depuis 1 an et demi	Oui	Artisan dans le bâtiment	Non

L'échantillon est constitué de 12 hommes, âgés de 20 à 88 ans. L'âge moyen étant de 48,5 ans. 75 % des participants sont célibataires et la moitié des participants sont isolés sur le plan social. Concernant le travail : 41,66 % ont une activité professionnelle, 33,33 % n'ont pas de travail et 25 % sont à la retraite. Ils sont 66,66 % à ne rapporter aucun loisir.

Tableau 2 : les données concernant la sexualité et le trouble exhibitionniste

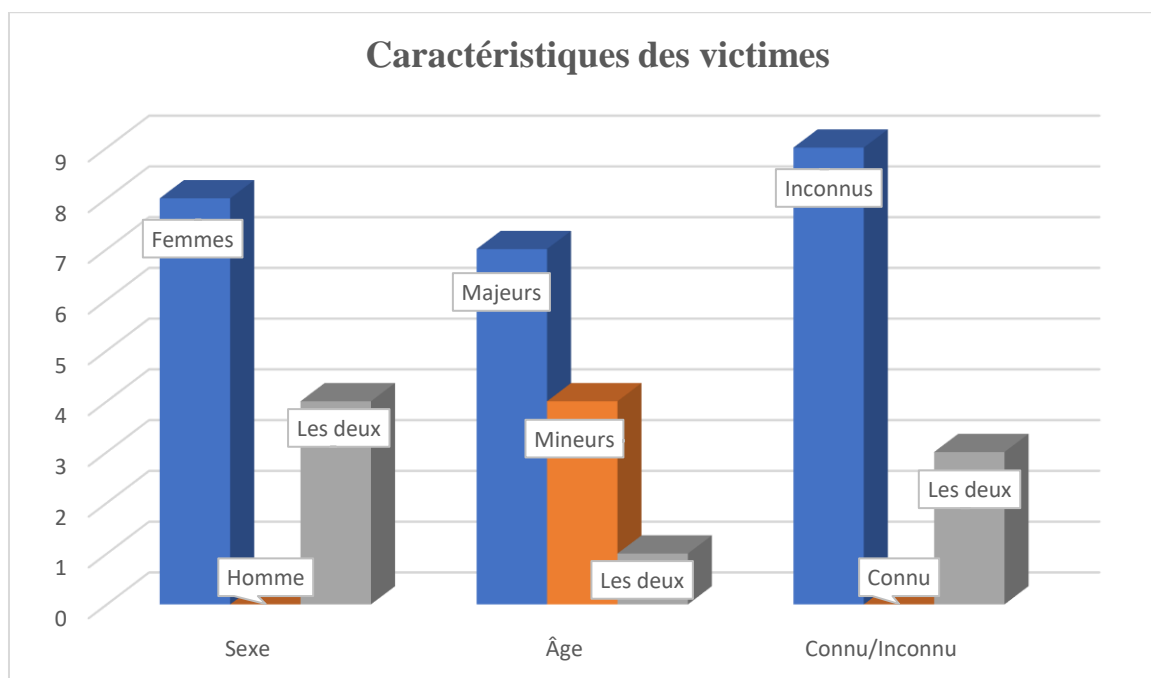
	Orientation sexuelle/ Nombre de partenaires sexuels	Passage à l'acte sexuel avec contact	Nombre d'exhibition vie entière déclaré Et pourcentage de judiciarisation	Victimes des exhibitions	Lieux des exhibitions
P1	Hétérosexuel, 20 partenaires	Non	50-60 <50% judiciarisés (1/3)	Inconnues Femmes Majeures	Magasins (rarement la gare, transports en commun)
P2	Hétérosexuel, 15 partenaires	Non	1 100% judiciarisé	Inconnue Femme Majeure	Dans un parc
P3	Hétérosexuel, 20 partenaires	Non	>500 < 50% judiciarisés (1 seule fois)	Plutôt des inconnues, également personnes connues Femmes, majeures, sauf une de 17 ans	Plage
P4	Bisexuel, 20 partenaires	Non	10 <50% judiciarisés	Majeurs et mineurs Personnes connues mais plus des inconnus Hommes et Femmes	Dans sa voiture sur la voie publique Au domicile
P5	Hétérosexuel, 10 partenaires	Non	>100 non quantifiable <50% judiciarisés	Mineures Inconnues Sexe féminin	Au domicile Parfois dans sa voiture
P6	Hétérosexuel, 4 partenaires	Non	2 100% judiciarisés	Majeurs Inconnus Sexe indifférent	Sur un parking dans une voiture
P7	Hétérosexuel, 35 partenaires A déjà eu des expériences homosexuelles	Agression sexuelle de sa sœur de 8 ans à 13 ans (centre de redressement)	4 100% judiciarisés	Majeurs Inconnues Hommes et femmes	Sur la voie publique
P8	Homosexuel, nombre partenaires indéterminé	Non	20 <50% judiciarisés (2 fois)	Majeurs Inconnus Sexe indifférent	Dans un parc Sur la voie publique
P9	Hétérosexuel, 10 partenaires	Non	3 100% judiciarisés	Mineures Inconnues Sexe féminin	Dans la voiture, devant une école
P10	Bisexuel, une trentaine de partenaires	Non	>1000 <50% judiciarisés	Majeures Inconnues Femmes	Dans la rue
P11	Hétérosexuel, nombre de partenaires indéterminé	Agression sexuelle sur mineur (un de ses petits-enfants)	Nombre indéterminé <50% judiciarisés	Mineures Connues ou Inconnues Sexe féminin	Au domicile
P12	Hétérosexuel, 8 partenaires	Viol (pénétration digitale) de sa cousine de 9 ans à 19 ans Agression sexuelle d'une cousine de 12 ans à 16 ans	40 <50% judiciarisés	Mineures Inconnues Sexe féminin	Cabines d'essayage (Parfois piscine, sauna ou métro parisien)

Concernant la sexualité des participants, 72% se déclarent hétérosexuels , 8,33% se déclarent homosexuels et 16,66 % se déclarent bisexuels. Le nombre de partenaires sexuels vie entière rapporté, se situe entre 4 et 35. Deux des participants ont refusé de préciser cette donnée, possiblement par gêne. Si l'on exclut ces 2 participants, le nombre moyen de partenaires sexuels vie entière est de 17.

Trois patients, soit 25 % de l'échantillon ont rapporté au moins un antécédent de passage à l'acte sexuel avec contact.

Le nombre d'exhibition vie entière déclaré va de 1 à plus de 1000 (non quantifiable). L'approximation de ces nombres ne permettant pas d'en faire une moyenne. On peut cependant remarquer que dans 66,66 % des cas, moins de 50 % des faits ont été judiciairisés. Pour 33,33 % (soit 4 cas) des patients, 100 % des faits ont été judiciairisés. Il est cependant important de souligner que dans 3 cas sur 4, lorsque tous les faits ont été judiciairisés, il s'agit d'une exhibition unique déclarée ou de plusieurs exhibitions ayant lieu au même endroit et sur une période rapprochée, c'est-à-dire le même journée ou la même semaine.

Enfin dans 41,66 % des cas, les exhibitions ont lieu à l'intérieur d'un espace personnel (domicile, voiture) et dans 58,3 % des cas, les exhibitions se déroulent à l'extérieur, dans des lieux publics (parc, plage, rue, centre commercial).



Concernant les caractéristiques des victimes : la victime est une femme dans 66,66 % des cas, dans 0 % des cas il s'agit uniquement d'homme et dans 33,33 % des cas les victimes sont à la fois de sexe masculin et féminin.

58,33 % des patients s'exhibent exclusivement devant des majeurs, 33,33 % s'exhibent uniquement devant des mineurs, tandis que 8,33 % s'exhiberaient devant des mineurs et des majeurs (le patient ayant déclaré un total de plus de 500 exhibitions avec une seule exhibition devant une adolescente de 17 ans, a été inclus dans les participants ne s'exhibant que devant des majeurs).

Pour une grande majorité, soit 75 % des patients, les victimes sont uniquement des inconnues, contre 25 % des cas où les victimes sont des personnes connues et des inconnues. Les victimes ne sont jamais uniquement des personnes connues de l'auteur.

Tableau 3 : les comorbidités

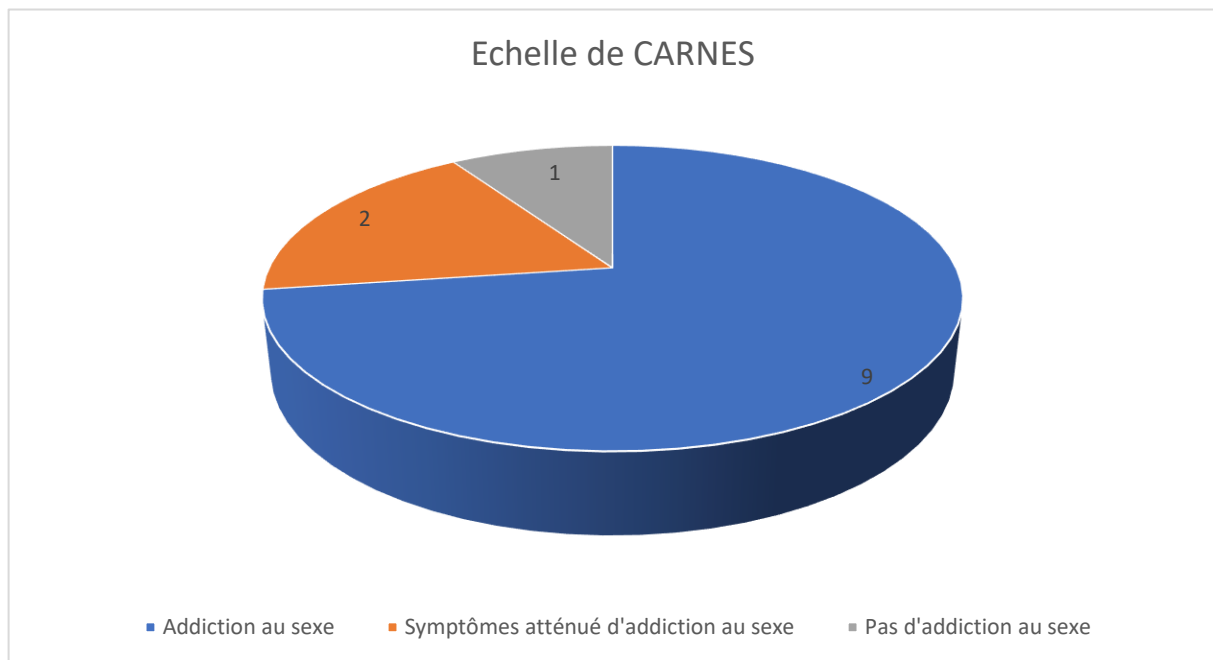
	Paraphilie(s) associée(s)	MINI Abrégée	Consommation de toxiques	CARNES
P1	Non	Antécédent d'épisode dépressif récurrent (relate un épisode maniaque sur quelques jours)	Aucune	19/25 Symptômes d'addiction au sexe
P2	Non	Aucun antécédent	Cannabis : 1 à 2 joints par jour	15/25 Symptômes d'addiction au sexe
P3	Non	Diagnostic principal : trouble dépressif majeur Antécédent d'épisode dépressif majeur et récurrent Trouble lié à l'usage d'alcool	Consommation quotidienne d'alcool (3 verres de vin au repas), pendant les exhibitions alcoolisation en permanence Tabac de 18 à 40 ans	20/25 Symptômes d'addiction au sexe
P4	Sadisme Masochisme Candaulisme Pédophilie non exclusive	Aucun antécédent	Aucune	19/25 Symptômes d'addiction au sexe
P5	Pédophilie exclusive	Diagnostic principal : Trouble dépressif majeur Antécédent d'épisode dépressif majeur et récurrent	Aucune	16/25 Symptômes d'addiction au sexe
P6	Non	Aucun antécédent	Cannabis et tabac sevré depuis 2 ans et 1 ans (1 joint/jour pendant 1 an et 5 cigarettes/jour pendant 2 ans) e-cigarette avec nicotine	10/25 Symptômes atténués d'addiction au sexe
P7	Voyeurisme	Diagnostic principal : Trouble schizo-affectif Antécédent d'épisode maniaque à caractéristiques psychotiques	Cocaïne début vers 30 ans environ 6 fois par mois, 1 g par prise Cannabis début vers 17 ans : 2 à 4 joints/jour Serait sevré actuellement	17/25 Symptômes d'addiction au sexe
P8	Non	Antécédent d'épisode dépressif majeur	Tabagisme actif : 20 cigarettes par jour depuis 23 ans	15/25 Symptômes d'addiction au sexe
P9	Pédophilie non exclusive	Aucun antécédent	Alcool occasionnellement	9/25 Pas de symptômes d'addiction au sexe
P10	Non	Diagnostic principal : Trouble de l'humeur bipolaire de type 1 Antécédent d'épisode maniaque	Tabagisme actif : 10 cigarettes/jour depuis 56 ans	11/2 Symptômes atténués d'addiction au sexe
P11	Pédophilie non exclusive	Antécédent d'épisode dépressif majeur	Tabagisme actif Fume la pipe	14/25 Symptômes d'addiction au sexe
P12	Pédophilie non exclusive	Antécédent d'épisode dépressif majeur	Cannabis récréatif dans sa jeunesse Aucune consommation actuelle	15/25 Symptômes d'addiction au sexe

Concernant les comorbidités associées au trouble exhibitionniste, on note que 50% des patients n'ont aucune paraphilie associée connue. 50% des participants présentent au moins une paraphilie associée. La paraphilie associée la plus représentée correspond à la pédophilie (exclusive ou non) puisqu'elle est présente dans 33,3% des cas (4 patients). Un seul participant présente également un trouble voyeuriste et un seul présente des troubles paraphiliques multiples.

Dans notre échantillon, 66,66 % des participants ont au moins un antécédent psychiatrique. Parmi eux, il s'agit alors d'un trouble de l'humeur uni ou bipolaire dans 87,5 % des cas. Dans 12,5 % des cas un trouble lié à l'usage d'alcool est associé et dans 14,28 % des cas il s'agit d'un trouble schizoaffectif.

Quatre patients, soit 33,33 % ne rapportent aucune consommation de toxique, actuelle ou passée. Deux patients, soit 16,66 % rapportent avoir déjà consommé des toxiques (alcool ou cannabis) mais sans qu'il s'agisse d'une consommation régulière.

Pour 50% de l'échantillon il a existé au moins une addiction à une substance au cours de leur vie, et parmi eux 83,33 % (5 patients sur 6) ont encore une consommation régulière d'au moins un toxique. Les toxiques les plus fréquents sont : le tabac qui concerne 83,33 % de ces patients et le cannabis qui concerne 50 % de ces patients. Les autres toxiques ne concernent que deux participants : l'un ayant un antécédent d'addiction à la cocaïne et l'autre un antécédent d'alcoolisme chronique.



La CARNES est un test de dépistage de l'addiction sexuelle. Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 25 questions fermées, explorant la vie sexuelle de manière globale. Chaque réponse positive donne 1 point. L'interprétation du test étant la suivante : un résultat supérieur à 13/25 suppose une addiction sexuelle et un résultat compris entre 10/25 et 13/25 suppose la présence de symptômes atténués d'addiction au sexe.

Dans notre échantillon : 75 % présentent un résultat supérieur à 13/25, 16,66 % présentent un résultat compris entre 10 et 13/25 et 8,33 % présentent un résultat inférieur à 10/25.

II. Analyse des données :

1. L'exhibition vécue comme une solution à la souffrance par les patients : description d'un mécanisme proche d'une addiction comportementale

1.1 Des processus cognitifs similaires à l'addiction

Les participants de l'étude ont décrit un comportement guidé par des processus cognitifs similaires aux mécanismes addictifs, décrivant certains ou tous les critères de l'addiction comportementale. Spontanément, quatre participants ont comparé l'exhibitionnisme à la consommation de toxiques, définissant leur trouble comme appartenant à la catégorie des addictions.

Patient 3 : « Non je ne suis pas désolé parce qu'en fait c'est un très bon exemple, pour moi en tout cas et c'est la même chose, chimiquement dans votre tronche c'est la même chose, c'est de la drogue de la même façon. C'est une autre sorte de drogue mais c'est de la drogue ... c'est comme arrêter de fumer, ça fait prendre du poids, c'est pareil. C'est... Je vous dis c'est marrant de faire cette comparaison, c'est un schéma qui est carrément identique »

Patient 4 : « L'adrénaline c'est... Je sais pas si c'est un effet de drogue mais... Je sais pas si vous avez déjà essayé mais c'est exactement l'effet que provoque le popers, sans le côté chimique de la chose »

1.1.1. Les déclencheurs du mécanisme d'addiction :

L'exhibitionnisme semble s'installer en réponse à une souffrance existante chez l'individu, plus ou moins conscientisée qui va devenir lui-même la source d'une souffrance. Trois seulement ont été en capacité d'exprimer que l'exhibitionnisme s'est installé en solution à une souffrance existante. Le reste des participants n'ont pas élaboré autour de l'origine du trouble. L'un des participant exprime ce paradoxe, qui correspond en fait à la majorité des entrées dans les mécanismes addictifs, initialement par plaisir survenant dans un moment de vulnérabilité puis secondairement par nécessité, contre la volonté du sujet mais en réponse au désir profond.

Patient 4 : « avec cette addiction, je pense que des fois je l'ai utilisée pour sortir de passes qui étaient un peu plus sombres de ma vie, que ça m'a aidé et que voilà. Ça fait partie du ... Ça m'a des fois aidé à des moments où je broyais du noir comme toute drogue, à sortir un peu la tête du noir, voilà »

Patient 12 : « je vais avoir tendance à avoir ces pulsions justement, ces envies d'exhibition. C'est assez automatique... C'est ce que j'ai remarqué, des moments de doute d'incompréhension où je sais pas quoi faire, où je suis perdu »

1.1.2. Recherche de solutions pour retrouver une homéostasie interne et croyances permissives :

De la même manière que l'exhibitionnisme peut devenir une manière d'échapper à une souffrance pour l'individu, la sexualité peut elle aussi être utilisée pour faire face à des affects négatifs. Deux patients identifient clairement le recours à la masturbation ou à un rapport sexuel comme moyen de défense contre une émotion négative.

Patient 4 : « Je pense que c'est mon moyen de transformer et d'encaisser les émotions que je n'arrive pas à contrôler autrement. C'est quelque chose vers laquelle on se retourne instinctivement et non pas par désir, mais par besoin »

Patient 7 : « Il y a quelques angoisses des fois qui donnent envie d'avoir une sexualité... une forte angoisse j'ai besoin qu'il y ait une sexualité quoi ...Ça peut être tout seul ou avec un partenaire. Ça peut être les deux »

La sexualité et notamment l'exhibitionnisme va devenir un moyen de rétablir temporairement un état d'équilibre interne psychique. L'entrée dans le trouble est facilitée par la présence de croyances permissives, l'exhibition est considérée initialement comme quelque chose de léger, de récréatif, par sept d'entre eux. La gravité et ses conséquences sont minimisées. Ces croyances, bien qu'elles évoluent tout au long de la vie, naissent, pour la plupart, au moment de la construction de l'individu, dans l'enfance ou l'adolescence. C'est durant cette période de la vie que 7 de nos patients sur 12, ont commis leur premier passage à l'acte. Cette constatation sous-entend que ces individus vulnérables construisent un schéma

cognitif altéré rapidement au cours de leur vie, laissant alors au trouble la possibilité de se développer.

Patient 3 : « On va dire, c'était... Il n'y avait pas de schéma. C'était l'improvisation, l'opportunité, encore une fois c'était plus par jeu qu'autre chose, c'était pas par perversion, même si ça l'est »

1.1.3. Un phénomène de craving et une perte de contrôle :

Onze patients décrivent une envie irrésistible de réalisation du comportement sans tenir compte des conséquences négatives. Le terme « pulsion » a été utilisé de nombreuses fois pour décrire le comportement. Le sujet ressent une montée en tension puis exprime être dans l'incapacité de refreiner le passage à l'acte qui a pour but de parvenir à un soulagement, avec ou sans plaisir sexuel.

Les participants de l'étude rapportent une montée en tension et une anxiété à l'idée de s'exhiber. Au moment de l'initiation c'est une sensation de décharge d'adrénaline qui est rapportée. Une fois le comportement en cours, il a été décrit une sensation de perte de contrôle, comme une perte de contact avec la réalité par dix d'entre eux. Cette description peut être assimilée au « craving » habituellement décrit dans les processus addictifs.

Patient 1 : « Je sais que il y a quelque chose qui se passe, je suis plus vraiment lucide, parce qu'il faut que je le fasse quoi en fait »

L'exhibition devient, au fur et à mesure que s'installe le trouble, un désir impérieux.

Patient 12 : « Ça dépend, à partir du moment où je suis parti dans le fantasme, dans la réalisation du fantasme là c'est la pulsion qui prend le dessus et là moi j'existe plus, j'ai l'impression de plus exister. J'ai l'impression qu'il y a plus de raison, plus de logique »

A cette perte de contrôle initiale, lors de la première exhibition, ils décrivent, après répétition multiple du comportement, l'apparition insidieuse de sensation d'absence de contrôle globale sur les comportements exhibitionnistes.

Patient 4 : « C'était une boule de neige qui se formait et qui avait tellement d'inertie et que c'était incontrôlable »

1.1.3. Apaisement temporaire et bénéfices secondaires :

Huit des participants expriment, dans les suites immédiates du passage à l'acte un soulagement temporaire ou une forme de plaisir. Cet apaisement est habituellement retrouvé dans les addictions, juste après le craving et laissant place à des émotions négatives dans la plupart des cas comme chez nos participants. Il semblerait que c'est cette sensation qui soit alors systématiquement recherchée pour libérer la tension interne de l'individu et qui va générer l'entretien du comportement, sa répétition dans le temps.

Patient 5 : « Une certaine forme de satisfaction mais de culpabilité »

Patient 6 : « Du plaisir, puis après du dégoût »

L'installation du trouble est décrite comme insidieuse par cinq participants. Progressivement, le sujet, sans en avoir conscience, traverse une étape de recherche de sensation initiale, puis se met en place un phénomène d'habituation duquel découle des conséquences négatives sans aucun bénéfice retrouvé. Aucun des sujets n'a exprimé de bénéfice à moyen ou long terme.

Patient 3 : « Je l'ai vécu comme ça, c'est arrivé petit à petit... Au début par jeu après peut être par besoin... Et à la fin par dépit et par horreur et c'était en définitive quelque chose que j'essayais de repousser »

1.1.4. Habituation par répétition :

Ils décrivent que progressivement le comportement exhibitionniste n'est plus une envie mais est ressenti comme étant une nécessité par le sujet. Ils ne rapportent pas d'évolution concernant les exhibitions en terme de mise en scène, de choix du lieu ou des victimes, qui restent relativement constant chez chaque sujet. Le mécanisme relaté est similaire d'un passage à l'acte à l'autre. Sept patients décrivent cependant une augmentation de la fréquence des comportements exhibitionnistes au cours du temps, à la recherche de la satisfaction initialement

procurée par les premières exhibitions. On retrouve alors chez les exhibitionnistes dont le trouble est présent depuis longtemps un nombre impressionnant de passages à l'acte, parfois quotidiens et indénombrables. Les exhibitions deviennent des habitudes, faisant parties de manière prépondérante de leurs vies quotidiennes. Pour d'autres participants, le trouble étant encore à un stade trop précoce de développement pour qu'il puisse être qualifié d'habitude.

Patient 2 : « Après c'était... Sur la fin, ça devenait un problème et toutes les occasions étaient bonnes »

Patient 3 : « Qu'est ce qui me faisait passer à l'acte ? L'habitude, parce que pour moi c'était plus une contrainte qu'autre chose parce que j'avais toujours honte après. Mais j'avais toujours une angoisse quand je commençais à le faire, j'avais toujours le cœur qui battait la chamade, j'étais toujours inquiet de savoir ce qui allait se passer en face, mais est-ce que c'était pas ça qui me provoquait une montée d'adrénaline dont j'avais besoin en fait »

Patient 5 « Non, là franchement je suis incapable de vous donner une fourchette. C'est quelque chose que je traîne depuis l'âge de, je ne sais pas 7-8 ans. Vous donnez un nombre c'est impossible... Si j'avais pu tenir un comment... Un calendrier je suis sûr qu'on arriverait à des chiffres assez impressionnants »

1.1.5. Un phénomène d'accoutumance : du comportement sexuel adapté à l'exhibition

L'ensemble des participants identifie le sexe comme ayant une place importante dans leur vie et certains n'envisagent pas la possibilité d'une vie sans sexualité. Parfois, ils définissent leur sexualité comme étant une addiction à part entière.

Patient 2 : « Non je ne pourrais pas me passer de relation sexuelle »

Ils rapportent un besoin croissant de stimulation sexuelle pour atteindre une excitation sexuelle suffisante. La sexualité que l'on pourrait qualifier de classique ne semble plus satisfaisante pour huit des sujets qui s'orientent vers des pratiques de plus en plus atypiques. Les limites sociales communément admises en matière de sexe sont progressivement

repoussées. Le regard prend une place importante dans la sexualité, l'augmentation du risque d'être vu majore le bénéfice immédiat ressenti.

Patient 3 : « Oui, j'aime bien la sodomie en fait, je suis un peu orienté là-dessus parce que en fait le reste est devenu un classique donc du coup je voulais avoir quelque chose de plus »

« Donc je regarde par curiosité pour voir ce que ça peut déclencher. Mais... C'est pas plus mal de savoir ce qu'il peut se passer aussi et voir si moi je peux être attiré par ça et voir de quel côté je pourrais m'orienter. Ça me permet aussi de comprendre pourquoi je me suis exhibé et puis parce que, parce que peut être j'attendais autre chose, que j'avais besoin d'autre chose »

Patient 4 : « il y a des choses où c'est un peu par, comment on pourrait dire... par défit plus qu'autre chose. Je ne sais pas moi, alors faire, dans un ... Je ne sais pas moi, dans une rivière ou des choses comme ça, par défit plus qu'autre chose, mais voilà »

L'exhibitionnisme représente en soi une prise de risque sexuelle qui s'inscrit dans un comportement de recherche de stimulation toujours plus forte et de repousse des limites sexuelles. Le sujet est renforcé dans ce comportement transgressif par le fait que, malgré la répétition de celui-ci, très peu de passages à l'acte feront finalement l'objet d'une interpellation et d'une judiciarisation. Ce constat entraîne une diminution de la prise en compte des conséquences pénales potentielles, renforce le sujet dans la majoration des prises de risque et entraîne une baisse de la prudence lors des passages à l'acte.

Patient 10 « « Bah quand vous vous exhibez vous y pensez quand même un petit peu. Je me suis fait arrêté 3 fois par la police, mais 3 fois sur des milliers de fois donc c'est pas beaucoup »

Le besoin important de sexualité et l'ennui sexuel pour certains vont devenir le lit de la naissance de l'exhibitionnisme selon eux. Le franchissement des limites permet de ressentir un plaisir inassouvi dans l'exécution d'une sexualité classique trop castratrice. Le passage à l'acte exhibitionniste s'inscrit dans une transgression des limites sexuelles socialement acceptable. Il s'agit initialement d'un fantasme, un simple jeu sexuel ou un défi sexuel à la recherche d'une

source de plaisir sexuel. Il est considéré comme une pratique nouvelle, sans prise en considération du caractère illégal ou potentiellement grave. L'autre est réduit à l'état d'objet de leur sexualité, la question du consentement est évacuée et les émotions de l'autre non prises en compte.

Patient 3 : « Donc j'étais pas à l'aise non plus avec tout ça, mais c'était plus par jeu au départ, plus par jeu. Par ennui, parce que je m'ennuyais sexuellement de ma femme » ; « c'était pas le centre de ma vie, c'était une récréation ... ça me permettait de me sortir de mes habitudes et de ma monotonie »

Patient 12 : « Non, c'était un fantasme qui a muri petit à petit et que j'ai fini par mettre à... à passer à l'acte. »

En effet, certains semblent ne pas percevoir le caractère atypique de certaines pratiques. A l'image d'un sujet qui exprime avoir pour fantasme un rapport sexuel avec un homme en se référant à un ancien rapport sexuel correspondant à un viol.

Patient 10 : « Des fantasmes c'est d'avoir un rapport avec un homme mais, avec les mêmes choses qui se sont passées à Lyon, mais pas en viol comme il s'est passé »

1.2. Le sentiment de souffrance des patients

1.2.1. Une inadéquation entre leurs valeurs, leurs croyances, leur éducation et leur agir

Ils rapportent tous une inadéquation entre leurs valeurs, leurs croyances et l'exhibitionnisme. Cette constatation génère un sentiment d'incompréhension des mécanismes à l'origine de ce comportement et de sa poursuite. Ce paradoxe de poursuite d'un comportement qu'ils perçoivent négativement sans être en mesure d'en comprendre la dynamique génère une souffrance chez l'individu. S'ouvre une lutte, pour tenter de se comprendre, de se faire comprendre et de se pardonner soi-même. Il existe alors une altération du regard que l'individu porte sur lui via la culpabilité pour 4 d'entre eux et le dégoût de soi-même pour 3 d'entre eux, ainsi qu'une altération du regard de l'autre sur soi avec présence d'un sentiment de honte exprimé par 7 d'entre eux.

Patient 5 : « Parce que c'est contraire à ce que je pense, à ce que j'aimerais être et l'éducation que j'ai eu et que je vis ça comme une souffrance et non pas comme un plaisir »

Patient 9 : « De la honte, beaucoup de honte. Et on va dire du dégoût sur moi... Que j'étais une ordure sur le coup... Ça m'a beaucoup dérangé sur moi, sur... Ce que j'ai fait ça m'a beaucoup remis en question sur moi-même ce que j'ai fait, je ne sais pas comment expliquer. Ça m'a beaucoup dégoûté sur moi sur le coup »

1.1.2. Une poursuite du comportement malgré les conséquences négatives :

Ce trouble, vécu comme une addiction, en réponse à une vulnérabilité individuelle, va générer chez les individus des conséquences négatives multiples. Les problèmes judiciaires sont cités par tous les individus. Six sujets rapportent également un isolement social progressif ou se majorant lorsqu'il était déjà présent avant son installation.

Au long cours, non seulement aucun bénéfice n'est retrouvé mais c'est un sentiment d'impasse qui s'installe avec l'idée que l'exhibitionnisme est venu gâcher leurs vies. Ils rapportent un fatalisme, un sentiment d'incapacité à s'en sortir malgré les efforts déployés. Sept sujets décrivent un retentissement très important dans leur vie et identifie l'exhibitionnisme comme la source d'une souffrance quotidienne. Ce mécanisme entretient une tendance à l'auto-dévalorisation, une baisse de l'estime de soi, une perte de confiance en soi, verbalisé par sept sujets également. L'image qu'ils ont d'eux-mêmes est fortement impactée.

Patient 1 : « Bon c'est une névrose, c'est quelque chose qui est plus fort que soi et qui rend malheureux... Même si pendant un moment quand on s'exhibe, c'est une pulsion il y a quelque chose qui fait... Ça pourrait être jouissif mais à l'arrivée on est très malheureux »

Patient 10 : « Je pense que ça m'a pourri la vie... Il y a jamais eu de bénéfice de ça »

Patient 12 : « Je me suis dégoûté, je me suis dit « je suis vraiment trop con », et ça donne envie d'en finir quoi, d'arrêter ... Et puis ta vie est foutue, enfin voilà, je me dis toujours la même chose après, un massacre quoi. »

1.2.3. Des affects dépressifs et des idéations suicidaires

La pérennisation de cette souffrance s'exprime chez cinq participants par des affects dépressifs, des troubles du sommeil, des idées suicidaires récurrentes voire même des passages à l'acte suicidaire.

Patient 4 : « beaucoup de remise en question donc de l'anxiété, qui dit beaucoup d'anxiété dit répercussion sur le sommeil donc du coup des répercussions sur la joie du quotidien, sur tout ça donc ... Oui ça a eu un impact »

Patient 5 : « Non, non, c'est destructeur, on en arrive à ce que je vis aujourd'hui, je vis seul, je vis replié sur moi-même, à prier le bon Dieu que je n'aie pas de pulsion, quand j'en ai une à essayé de lutter contre, quand je peux. C'est invivable »

« les idées de suicides me sont déjà venues plusieurs fois et il se peut qu'un jour, je ne peux pas le savoir à l'avance, mais il se peut qu'un jour je passe à l'acte parce que c'est destructeur. Il y a un moment donné vous avez beau faire des efforts, il y a plus que ça qui est dans votre esprit... C'est envahissant, c'est un tsunami »

Patient 12 : « Oui, ça détruit l'image de moi et ma vie. J'ai très souvent des pensées suicidaires »

2. Les facteurs qui ont influencé la naissance et la répétition du comportement exhibitionniste

2.1. Une influence sociétale avec des normes floues et paradoxales faisant naître une confusion

2.1.1. Une société hypersexualisée malgré un discours moralisateur

La moitié des participants ont relevé un paradoxe sociétal, avec d'une part la condamnation de l'exhibitionnisme sexuel et, d'autre part l'existence d'une exhibition grandissante des corps sur les réseaux sociaux. Ils font en fait une confusion entre le fait de montrer une partie de son corps et le fait de montrer son sexe. Il en résulte une distorsion cognitive correspondant au fait d'attribuer une intention sexuelle à ces comportements d'exposition des corps.

Dans ce contexte, ils ne comprennent pas pourquoi ces comportements sont autorisés tandis que l'exhibitionnisme est condamné par la morale. Ils soulignent cet écart, entre une société qui montre trop en numérique, avec une facilité d'accès à la pornographie ou aux réseaux sociaux mais qui ne permet pas assez de liberté d'action individuelle.

La moitié des participants considèrent qu'il est difficile de parler de sexualité et d'exhibitionnisme, voire qu'il s'agit d'un véritable tabou dans la sphère familiale ou dans la société. La société est considérée par ces patients comme étant trop pudique dans le discours alors même que les images qui les entourent sont à leurs yeux hypersexualisées.

Patient 1 : « il y a l'exhibitionnisme, mais dans les deux sens, on va dire qu'il y a des femmes qui s'exhibent d'une certaine manière aussi, voilà, qui ... il y a l'exhibitionnisme sur les réseaux sociaux, les films porno, c'est une certaine forme d'exhibitionnisme aussi en fait »

Patient 4 : « il y a des choses où les réseaux sociaux sexualisent beaucoup que ce soit l'homme ou la femme mais pourtant on reste dans une société chrétienne où on montre pas des seins mais voilà... je trouve que sur les réseaux sociaux c'est trop mais je trouve que niveau liberté de faire ce qu'on veut c'est pas assez »

Patient 5 : « oui je veux dire on est peut-être trop pudique quand on voit aujourd'hui tout ce qui est à notre disposition par rapport à tout ce qui est sexuel, on est peut être effectivement un peu trop pudique mais voilà... Au niveau de la société je pense

que certaines choses sont taboues alors qu'elles pourraient ne plus l'être, ne pas l'être donc... Toujours par rapport à l'exhibitionnisme, l'exhibitionnisme est tabou... Peut-être en parler plus spontanément et moins, avec moins de culpabilité

»

2.1.2. La difficulté à repérer ce qui est permis ou non

Pour ces patients, il en résulte des règles sociales sexuelles floues. Cette vision d'une société hypersexualisée alimente les pensées permissives autorisant l'exhibitionnisme. Puisqu'il n'existe pas de limites claires, chacun peut les poser à sa manière. Finalement, la moitié des sujets pensent que chacun est libre de se conduire comme il l'entend avec sa nudité, sa sexualité, et qu'il n'y a rien de choquant là-dedans.

L'importance de l'établissement d'une limite est cependant soulignée par l'un des participants, décrivant qu'elles sont nécessaires pour l'être humain afin d'éviter les dérives. Pour certains c'est la transgression de cette règle qui permet de prendre conscience de l'acte, et pour d'autres c'est le regard extérieur d'un tiers qui permet la remise en question et l'intégration du caractère transgressif. Ce qui renvoie au fait que ces patients sont dans l'incapacité de se fixer eux-mêmes une limite ou ne souhaitent pas le faire.

Patient 5 : « Je dirais que chacun entre guillemets vit sa sexualité à sa façon donc ce que dit ou pense la société j'avoue que, je sais pas si ça a un impact sur les individus »

Patient 4 : « Si il y avait pas eu de fracture je pense pas que je m'en serais rendu compte de moi-même. Peut-être qu'il y aurait eu un, une personne de mon entourage qui me l'aurait fait remarquer. Du coup ma compagne parce que c'était la seule qui était au courant, mais de moi je pense pas que j'aurais compris que c'était aussi malsain et aussi dangereux »

L'un des patients souligne même que l'exhibitionnisme pourrait être une pratique admise mais qu'il s'agit d'une question de modération, faisant la comparaison avec des consommations d'alcool contrôlées pour une personne ayant une addiction à l'alcool. La définition d'une limite est générateur de frustration et est donc rejetée.

Patient 4 : « Je pense que ça peut se faire dans les règles de l'art mais c'est mon point de vue personnel sur la chose... quand on a une addiction il faut travailler dessus et il faut savoir qu'il y a des gens qui étaient alcooliques et qui ont jamais retouché à l'alcool et il y a des gens alcooliques qui peuvent très bien reboire une bière de temps en temps dans la régulation »

2.1.3. Un regard hypersexualisé : incapacité à différencier la nudité et la sexualité

On note que 4 participants font une confusion entre nudité et sexualité, rapportant que la nudité est forcément sexuelle ou doit provoquer une excitation sexuelle.

Une autre confusion relevée chez 7 patients, s'exerce entre nudité et exhibitionnisme. En effet la notion de consentement est évacuée par la considération que la nudité, donc la sexualité, est omniprésente et que, de ce fait, la société valide le comportement.

Une vision contraire émane également chez 3 sujets, pour qui l'exhibitionnisme n'est pas quelque chose de sexuel, de ce fait il devrait être permis. On note des amalgames entre le naturisme et l'exhibitionnisme, confondant parfois les deux. L'un des participants préfère d'ailleurs qualifier ses passages à l'acte de naturisme.

Les idées suivantes ont été retrouvées, illustrant ces confusions : être nu chez soi n'est pas une exhibition même si les voisins peuvent apercevoir la nudité, se montrer nu devant une tierce personne est forcément une exhibition même s'il s'agit de sa compagne, uriner dans la rue est une forme d'exhibition sexuelle.

Patient 2 : « C'est plutôt sexuel la nudité »

Patient 4 : « L'exhibition au quotidien, quand je m'exhibe devant ma compagne ça va »

Patient 5 : « la nudité ne me semble pas, dans la société dans laquelle on est, ne semble pas quelque chose de naturel, d'autorisé, donc non »

Patient 8 : « Je suis pas ce genre de personne... je fais du naturisme »

2.1.4. Ils ne comprennent pas la société et se sentent incompris par la société.

L'ensemble des participants ont verbalisé des biais cognitifs multiples, avec des idées stéréotypées permettant de rationaliser et de minimiser l'exhibitionnisme, à l'origine de l'entretien du comportement. En effet, la nudité est décrite comme étant naturelle puisque l'on a tous un corps, de ce fait non choquante, qu'elle constitue une forme de liberté et que les vêtements ont quelque chose de désagréable, que la nudité est quelque chose d'intime donc que l'on en dispose librement lorsqu'on est chez soi ou que les autres n'ont qu'à pas regarder. Trois exhibitionnistes verbalisent même le souhait que l'on puisse être nu dans divers endroits publics (centre commercial, café...). Les distorsions cognitives évoquées traduisent leur incompréhension du monde qui les entoure. A l'inverse, ils perçoivent l'exhibitionnisme comme un comportement acceptable et se sentent incompris par la société qui les condamne. La responsabilité de leurs comportements exhibitionnistes est renvoyée à une société qui ne les comprend pas.

Patient 10 : « Oui, je dis qu'on en fait beaucoup, beaucoup un plat parce que ça reste une partie du corps humain mais voilà, qu'il faut absolument cacher. Alors c'est vrai qu'on en avait discuté une fois, je disais « putain on peut pas se balader à poil quand on veut, où on veut » »

Patient 11 : « On serait moins pudique il y aurait moins de problème... parce qu'on est toujours choqué de voir quelque chose qu'on a ou que les autres ont... alors que tout est naturel »

Patient 12 : « Une sensation de liberté, de rien avoir, de pas avoir de poids sur le corps, d'avoir rien qui nous retiens, rien qui me retient, voilà »

2.2. L'influence de facteurs externes à l'origine d'une perception distordue sur la sexualité

2.2.1. Une place pas ou peu adaptée de la sexualité au sein de la famille

Les individus rapportent, différents évènements marquants au cours de leurs constructions en tant qu'individus, ayant pu avoir un impact sur l'apprentissage de la sexualité, pouvant être mis en lien avec une perte de limite et le développement d'une hypersexualité. Dans l'enfance,

il a été rapporté un climat familial parfois sexualisé, avec pour un participant l'une des figures d'autorité qui se montrait nu régulièrement au sein du foyer ou pour un autre des parents qui ont manqué de discrétion concernant leurs propres rapports sexuels. Trois sujets ont été emmenés dans des camps naturistes par des membres de leur famille dans l'enfance et en gardent un souvenir étrange du fait de l'exposition à des corps nus sans qu'ils ne l'aient choisi, notamment le corps d'un des proches.

A l'inverse, une sexualité jugée tabou dans la sphère familiale a été identifiée comme pouvant avoir une influence négative sur la construction de sa sexualité future.

Dans ces deux cas de figure, il semble qu'aucune éducation sexuelle n'a jamais été réalisée pour l'ensemble des participants. Aucune information n'a été délivrée concernant ce qui est normale ou ne l'est pas en terme d'émotion ou de sensation, ce qui est autorisé ou non en terme de comportement. L'exposition à une sexualité prématurée ou inadaptée dans la sphère familiale empêche l'établissement de limite et, au contraire, l'absence de discussion en matière de sexualité laisse l'individu seul avec ses pensées qu'il peut considérer être la normalité, à tort.

Patient 1 : « Elle a été influencée par ma timidité, par ma connaissance des filles, des femmes, par le fait que le sexe était tabou quand on était gamin, par un père violent, d'une certaine façon on peut dire ça »

Patient 2 : « Je pense que... moi en fait typiquement moi c'est venu parce qu'en fait c'est une éducation premièrement, d'ailleurs mon beau-père, le père de mon frère Niels il s'est toujours baladé à poil chez nous donc... Quand on vit avec des gens plutôt à poil quand on est gosse forcément ça peut... influencer un esprit peut-être »

2.2.2. Une entrée dans la sexualité traumatique

L'entrée dans la sexualité pour quatre sujets a été faite sur un mode traumatique, dans un contexte de viol, d'agression sexuelle ou de tentative d'agression sexuelle, dans l'enfance ou l'adolescence.

Pour deux autres, la découverte de la sexualité a débuté au camp naturiste au moment de la puberté, une période de chamboulement émotionnel où s'entremêle honte et excitation. Cette entrée en sexualité peut constituer une forme de première exhibition, presque subie par l'auteur de celle-ci.

Ces entrées dans la sexualité bouleversent l'apprentissage de la norme sexuelle, avec une difficulté pour identifier ce qui est normal et interdit. Ce flou persistant autour de la sexualité peut être à l'origine d'une victimisation sexuelle mais également à l'origine d'un passage à l'acte sexuel avec ou sans contact et placer le patient dans une posture d'agresseur dès l'entrée en sexualité. L'un des participants rapporte avoir agressé sa sœur sexuellement dans l'enfance après avoir visionné une cassette pornographique par hasard, lui donnant l'idée de reproduire ce qu'il avait vu. Ce passage à l'acte vient d'une absence de compréhension de ce qui est admis ou non sexuellement, en partie par manque d'éducation.

Patient 2 : « Après quand j'étais petit j'ai fait du naturisme avec mes parents qui m'y emmenaient, du coup je me suis exhibé mais c'était pas parce que je le voulais... Je m'en souviens parce que j'étais en pleine puberté, je m'en souviens parce que j'avais eu mes premières érections là-bas »

Patient 7 : « j'ai été précoce par mon enfance au niveau de ma sexualité parce que je me souviens de ... d'un monsieur qui essayait de me faire des trucs bizarres au foyer de l'enfance de Montpellier. Il nous apprend la masturbation alors qu'on a 7 ans... il voulait qu'on lui fasse une fellation et tout, et nous on a dit non avec mon frère »

Une entrée traumatique dans la sexualité peut favoriser une hypersexualité par un besoin constant de stimulation sexuelle. C'est pourquoi certains patients décrivent une frustration sexuelle comme étant à l'origine de l'exhibitionnisme, pour combler l'absence de relations sexuelles pleinement épanouissantes.

Patient 10 : « Le motif c'est que j'ai tellement été frustré de l'âge sexuel normal d'un garçon, je sais pas quel âge c'est, c'est peut-être 15 ans, 15 ans et demi, un truc comme ça, jusqu'à mes 23 ans j'ai pas eu d'éjaculation et surtout, surtout, depuis 35 ans maintenant de ne plus avoir de rapport sexuel avec mon épouse. Alors le besoin, d'un seul coup ça s'est arrêté du jour au lendemain et ça, ça a été terrible, c'est terrible »

2.2.3. Une influence par la pornographie

La majorité, soit sept sujets identifient la pornographie comme pouvant exercer une influence néfaste sur l'individu, notamment la pornographie exhibitionniste et voyeuriste,

pouvant faire naître des idées déviantes. Cette idée renvoie au fait que si ce type de pornographie existe il est toléré par la société et donc possiblement reproductible.

Patient 2 : « effectivement vu que la pornographie que je consommait beaucoup avant était un peu olé olé, parce que c'est de pire en pire je trouve maintenant, en fait... l'époque où je m'exhibais, je regardais aussi du porno d'exhibition et c'est ça qui m'a aussi froissé l'esprit à ce moment-là »

Patient 6 : « Du porno classique. Du coup avant je regardais du porno exhibitionniste, mais maintenant tout à fait normal ... moi j'essaye d'éviter ça le plus possible maintenant pour pas qu'il y ait de rechute ou un truc comme ça ... C'est sûrement pas très sain je pense, donc... »

2.2.4. Un sentiment de rejet et de solitude

Plusieurs participants font un lien entre l'éducation globale reçue et la naissance d'une déviance sexuelle. Ils évoquent des violences physiques intrafamiliales ou un sentiment d'absence de considération par les parents. Les codes et les limites de la sexualité n'ont pas été expliqués au cours de l'enfance et de manière plus globale, ces climats familiaux vont, selon ces patients, créer un vécu de rejet. Le sentiment de ne pas avoir été vu et reconnu a entraîné une faille qui est identifiée comme étant la source de l'exhibitionnisme.

Patient 12 : « J'ai l'impression que ce qui était le plus important c'était d'être bien élevé, d'être obéissant et de faire ce qu'il faut, et surtout faire ce qu'il faut et rentrer dans la norme, et être quelqu'un de bien et tout ça... du coup moi j'ai l'impression de pas avoir été reconnu par rapport à mes envies... j'ai l'impression qu'il y a eu pleins de choses comme ça qui font que j'ai pas l'impression d'avoir été écouté, de pas exister à leurs yeux, je pense que c'est ça le fond du problème »

Enfin, l'isolement social générant une impossibilité de demander de l'aide pourrait être un facteur à l'origine de la poursuite du comportement.

Patient 1 : « finalement il y a eu cet isolement et en fait je me suis retrouvé dans une bulle à un moment donné, il y a une sorte de compression de temps et donc là j'ai pas su réagir »

2.3. Une influence intrinsèque mais étrangère au service d'une minimisation de la responsabilité

2.3.1. Victimisation

Lorsque l'on s'intéresse aux mécanismes de causes à effet, l'ensemble des participants pointent une cause intrinsèque à l'individu, la maladie, et/ou des causes externes comme rapportées précédemment. Huit des patients ont répondu se sentir victime, soit d'une maladie, décrivant une pulsion incontrôlable ne laissant aucun choix à l'individu et une perte du discernement, soit victime d'un ensemble de facteurs extrinsèques, comme la pornographie, des événements de vie...etc justifiant le développement de la perversion sexuelle. Dans les deux cas de figure, ils rejettent finalement leur propre responsabilité décrivant une situation subie et non choisie. Six d'entre eux se décrivent comme des individus non dangereux, transgressant la loi malgré eux, minimisant alors l'importance de leur trouble. La posture de victime par le rejet de ses responsabilités constitue une manière de justifier l'impossibilité d'arrêter et au contraire de poursuivre le comportement. Cette justification est d'autant plus alimentée s'il est considéré que l'exhibitionnisme n'est pas vraiment néfaste.

Patient 1 « peut être savent instinctivement que je suis pas dangereux en fait, mais malade »

Patient 2 « je suis victime dans le sens où je me suis fait manipuler par des effets extérieurs, comme le naturisme quand j'étais petit et la pornographie excessive quand j'étais plus grand »

Patient 5 « alors victime oui, je me sens victime, mais c'est victime comment je pourrais dire, de la maladie, de moi-même, c'est pas victime par rapport à la société. Bien sûr on choisit pas de s'exhiber, on choisit pas, ça vous tombe dessus comme le cancer ou n'importe qu'elle autre maladie, mais qui vous bouffe la vie »

Patient 12 « j'en pense que c'est bien triste d'en arriver là et d'être victime de ses pulsions et c'est bien misérable je trouve »

2.3.2. Un sentiment d'impuissance et d'injustice

On note également que l'ensemble des participants à l'étude soulignent le fait qu'ils sont dans l'incapacité de maîtriser le comportement, qu'ils sont par conséquent en incapacité de s'en sortir seul et qu'une aide extérieure est indispensable. Deux d'entre eux évoquent même que malgré une aide extérieure, rien ne permettrait de stopper les exhibitions en dehors de la mort. Le sentiment d'impuissance peut être à l'origine d'un abandon de la lutte face à un phénomène qui inéluctablement se reproduira, permettant alors la poursuite des exhibitions tout en réduisant la culpabilité qui peut y être associée.

Patient 1 « ça veut dire quand même que à partir du moment où il y a cette fragilité-là, il y a beau y avoir toutes les aides possibles, ma meilleure volonté, il y a quelque chose qui à ce moment-là est plus fort que moi »

L'aide qu'ils pensent nécessaire peut être perçue sous différentes formes, il peut s'agir d'un traitement médicamenteux, d'un suivi médical, d'un étayage familial ou encore d'une rencontre avec la justice qui est parfois provoquée, alors que les peines judiciaires sont perçues comme inutiles, paradoxalement, voire réveillant un sentiment d'injustice. En fait, les individus adhèrent pour la majorité au fait que les condamnations donnant lieu à un suivi médical obligatoire sont utiles et justes, tandis que les peines de prison sont, elles, trop lourdes comparativement aux passages à l'acte. Finalement cette absence de responsabilité et ce rapport à la maladie renvoient à la notion d'irresponsabilité pénale à leurs yeux, demandant la mise en place d'un soin approprié à l'état de santé sans passer par la détention. Le sentiment d'injustice vient renforcer le positionnement en victime, le rejet de toute dangerosité, l'absence de remise en question du comportement et donc les pensées permissives.

Patient 1 « l'exhibition, la vraie exhibition, telle que je la sens, effectivement pour la société c'est pas bien, mais je veux dire, je pense qu'il faudrait plus avoir un accompagnement dans un centre pendant un moment plutôt qu'une incarcération où il y a tout et n'importe quoi »

Patient 3 « pendant des mois j'ai cru que je pouvais m'en sortir. Avec beaucoup d'orgueil on croit qu'on peut s'en sortir, mais en fait c'était pas possible... A partir de là j'ai compris qu'il me fallait de l'aide et j'ai pas su où demander de l'aide, aux personnes qu'il fallait »

« il y a eu une évolution parce qu'en fait je le faisais de plus en plus sur la fin parce que je cherchais sans doute à être... à être rappelé à l'ordre, à être pris sur le fait et faire en sorte que ça s'arrête »

Patiente 5 « est-ce qu'on condamne quelqu'un qui a le cancer et qui va traîner ça toute sa vie, non on ne condamne pas, on essaye de le soigner, on essaye de l'aider. Et pour moi l'exhibition n'est pas un fait volontaire de l'individu, c'est quelque chose qu'il subit, et plutôt que de pénaliser avec des condamnations, avec de la prison éventuellement, c'est plus de l'aide qu'il faut »

3. Détournement du rôle du regard, comme explicateur du passage à l'acte

3.1. Le regard comme une opportunité d'entrer en relation

Huit participants décrivent une certaine passivité dans les relations interpersonnelles, en particulier concernant les relations sentimentales puisqu'ils rapportent ne jamais draguer ou ne pas savoir le faire. En effet, il est décrit l'attente d'une opportunité pour qu'un échange se produise avec l'autre. C'est lorsqu'il est perçu une ouverture que l'interaction se produit, et cette ouverture est en fait une interprétation de l'attention portée par l'autre sur soi, qu'il s'agisse d'un regard, d'un sourire ou d'un comportement. Les participants mettent ainsi en avant le rôle central du regard dans la relation entre deux individus.

Patiente 2 : « je drague pas vraiment en fait, je peux faire des compliments, vu que je suis plutôt timide j'attends que ce soit la fille qui me laisse une ouverture on va dire... Je me suis dit, vu qu'il y avait ce sourire effectivement ça serait peut-être une occasion. »

Patiente 3 : « Bien souvent la situation s'y prête, la situation s'y prête parce qu'il y a une oreille qui est tendue par rapport à une situation donc du coup... et par rapport à plusieurs regards »

3.2. Le regard comme facteur déclenchant

L'importance de ce regard pour ces participants est soumise à interprétation et comme toute interprétation celle-ci est subjective et est sujette à erreur. On note alors que l'excitation peut être tirée de la suggestion, par le fait que l'autre puisse laisser entrevoir un désir ou une partie de son corps. Il s'agit donc d'une interprétation d'un élément de réalité, que ce soit un comportement ou un regard, en lui attribuant un sens, possiblement erroné. De ce fait, il semblerait que le regard soit le facteur déclenchant du passage à l'acte exhibitionniste. Il est perçu comme étant le contexte propice et nécessaire à la mise en place du comportement.

Patient 5 : « jusqu'au moment où j'ai croisé le regard de cette fille je ne pensais pas du tout à l'exhibition »

3.3. Une interprétation du regard de l'autre

Certains verbalisent la pensée inverse, consistant à croire que son propre regard, adressé à une victime potentielle, pourrait déclencher chez elle la volonté d'en montrer plus ou de s'exhiber devant lui.

Patient 3 : « De temps en temps quand je regardais de façon un peu insistante ou répétitive, il y en avait qui profitaient de ces regards pour me faire voir la suite, oui. Me faire voir ce qu'elles avaient à proposer. »

Ce regard qui leur est adressé et plus globalement du comportement de la victime lors d'une exhibition est interprété, de manière biaisée, comme une validation du comportement et pour certaines un souhait d'entrer en relation sexuelle avec cet individu. Un simple « Bonjour », par exemple, permet à un participant d'expliquer que cette victime était probablement intéressée pour approfondir sur le plan relationnel ou sexuel.

Patient 3 : « Et puis certaines femmes ça leurs plaisaient, d'autres non... Il y en a même une qui m'a suivi dans les toilettes dans un restaurant. J'ai pas compris non plus, j'ai été surpris de la voir arriver. En plus elle m'a dit « bonjour » voilà, comme si elle était intéressée »

3.4. Le regard comme porteur de sens

3.4.1. Un besoin d'attirer l'attention

Comme nous l'avons vu, le regard constitue une opportunité pour entrer en relation avec l'autre et également pour s'exhiber. Il est sujet à l'interprétation de l'individu. L'ensemble des participants rapportent que l'exhibition constitue un moyen simple d'attirer l'attention sur soi, par l'exposition de ses organes génitaux, permettant en fait de trouver ce regard pour assouvir différents buts selon les individus.

Patient 12 : « Je sais pas, à attirer le regard, je pense que le côté sexuel c'est quelque chose de primaire qui est vraiment basique chez l'être humain, même animal en fait, chez même le mammifère on va dire. Et du coup montrer son sexe c'est un moyen presque instinctif d'attirer le regard de l'autre et une fois qu'on a le regard de l'autre, l'autre voit qu'on existe »

3.4.2. L'expression d'un intérêt

Le regard peut avoir pour objectif la mise en relation avec l'autre pour permettre un échange, le partage de quelque chose avec la victime. Cet échange génère de l'excitation sexuelle. Parfois, l'exhibitionniste recherche un rapport sexuel mais il s'agirait d'une minorité des participants de l'étude qui, dans l'immense majorité, décrivent n'avoir aucune intention de transformer cet échange en un échange tactile. L'objectif central est plutôt l'obtention d'un intérêt envers sa personne.

Patient 3 : « C'était un échange de regard et de voir, de voir l'intérêt que ça pouvait susciter chez la femme et rien de plus. Il n'y avait aucune autre attente »

3.4.3. Un regard pour se faire comprendre

Le regard a surtout vocation à se faire comprendre et d'essayer de se comprendre soi-même pour six d'entre eux. Le patient recherche alors une possibilité d'apaiser la souffrance ressentie, de résoudre sa problématique exhibitionniste en trouvant des réponses à ses propres interrogations. Il est en quête de la découverte d'une partie de lui-même sur laquelle il

s'interroge. Le but principal serait alors de pouvoir exposer à l'autre sa souffrance et de trouver en réponse un regard de compréhension.

Patient 1 : « oui, c'est à dire que moi avec le... ma façon de m'exhiber c'était pour avoir une sorte d'échange avec la femme. Un échange dans le regard, peut-être une certaine compréhension... si il y avait un regard de compréhension, il y avait quelque chose d'assouvi là »

Patient 12 : « une sorte d'appel à l'aide, peut-être pour dire « regardez je souffre », quelque chose comme ça »

« une femme qui s'exhiberait... je me dis que au moins elle pourrait me comprendre, quelque chose comme ça et partager le plaisir que j'ai dans l'exhibition, ou peut-être du coup le résoudre, enfin le fait de partager et de comprendre, peut être m'apaiser et nous apaiser l'un et l'autre là-dessus. »

3.4.4. Une réparation narcissique

Sept participants décrivent se montrer, en partie pour être regardé et surtout, pour être vu comme un individu à part entière pour se sentir exister. C'est en fait une valorisation de soi par l'attention portée dans le regard de l'autre qui est centrale. Certains décrivent chercher à affirmer une part de masculinité en réponse à une faille narcissique.

Patient 1 : « Pour moi c'est se faire comprendre, c'est se faire, je sais pas moi... comment dire... d'une certaine manière faire voir qu'on existe quoi... à la recherche de ma personnalité en tant qu'homme »

Patient 3 : « Ce que je sais ce que je faisais moi, c'était je le faisais pour essayer de trouver... de trouver le regard, le fait de chercher ma masculinité dans le regard des femmes... j'avais perdu mon statut d'homme en fait, enfin ce que je croyais... ce qu'il me semblait, du coup je l'ai recherché de cette manière-là »

Patient 5 : « L'exhibition pour moi c'est le fait de vouloir être vu, regardez-moi je suis là, j'existe, donc l'émotion elle est en rapport avec ça. Donc la première fois, au plus

loin que je me souviens, j'ai eu un certain plaisir puisque la personne m'a regardé, m'a vu »

4. Les paradoxes mettant en lumière une introspection limitée

4.1. Une vision de soi emplies de paradoxes

4.1.1. Définir sa personnalité

On constate que l'ensemble des participants ont des difficultés pour se décrire eux-mêmes, ils se caractérisent par quelques adjectifs mélioratifs uniquement. La question est parfois rejetée du fait d'une incapacité à y répondre. Chez le même individu, les réponses peuvent même être contradictoires au cours de l'entretien.

Patient 3 : « C'est une question complètement de merde, comment on peut définir son propre caractère »

Il est mis en évidence des biais dans le regard qu'ils portent sur eux-mêmes lorsqu'ils doivent s'autodéfinir. Effectivement, on constate que 5 patients se caractérisent comme étant timides, rapportant une difficulté pour entrer en relation avec des individus, ce qui contraste avec le fait de montrer son sexe régulièrement à un inconnu, action qui se caractérise par un certain manque de pudeur dans l'interaction avec l'autre.

Patient 1 : « Oui très timide, oui, et puis bon je m'étais fait un mur, réservé, plus que réservé »

Huit participants rapportent ne pas être impulsifs ou comme manquant de spontanéité. Paradoxalement, ils décrivent des mécanismes compulsifs incontrôlables lorsqu'ils évoquent leur trouble exhibitionniste. Aucun lien n'est fait entre leur vision d'eux-mêmes et la présence du trouble. Seulement 3 participants rapportent de pas aimer les surprises et un participant rapportant aimer les surprises mais ne pas en être l'auteur, alors même qu'il cherche à surprendre l'autre par l'acte exhibitionniste.

Patient 12 : « je pense que je suis pas assez spontané ... je m'en suis rendu compte que c'était, que je réfléchissais trop, je me posais trop de question avant d'agir »

Parmi les participants isolés sur le plan social, 6 qui expriment être plutôt de nature sociable, tournés vers l'autre. Lorsqu'ils sont mis face à cette contradiction, aucun n'est en capacité d'expliquer cette incohérence.

Patient 3 : « Je vis avec ma mère à l'heure actuelle mais je suis un peu isolé ... Non je suis sociable, j'aime pas qu'on m'emmerde mais maintenant c'est parce que c'est devenu comme ça au fur et à mesure avec le temps. Je suis très sociable »

Patient 5 : « Très sociable j'avais le sentiment de l'être mais je me rend compte aujourd'hui que je ne dois pas l'être puisque je suis totalement isolé »

4.1.2. Reconnaître ses émotions

Quelques-uns parviennent à verbaliser une difficulté d'identification de leurs propres émotions et admettent qu'ils font preuve d'une capacité d'introspection limitée.

Patient 4 : « Oui j'y arrive de plus en plus mais sur les émotions très fortes quand on est noyé dedans c'est compliqué »

Patient 5 : « Non, non j'ai toujours pensé que je ... Je gérais bien mes émotions, en tout cas je les analysais, maintenant avec beaucoup de recul c'est peut-être pas vrai »

4.1.3. Définir sa sexualité

Qu'il s'agisse de leurs émotions primaires ou des stimuli à l'origine d'une excitation sexuelle, il existe une difficulté de repérage voir une absence totale de reconnaissance de ceux-ci. Il en résulte une difficulté pour caractériser, chez ces patients, le type de pornographie qui est habituellement regardée ou recherchée, le morphotype pouvant être attirant sexuellement pour eux. Plus rarement, on constate également des hésitations lorsqu'ils doivent définir leur orientation sexuelle.

Patient 5 : « Alors là... Qu'est-ce qui m'excite sexuellement parlant, là vous me posez des questions, j'avoue ne pas m'être moi-même posé la question, ou alors si je me la suis posée j'avais pas de réponse »

On relève également des paradoxes dans leurs déclarations, en effet, quelques individus rapportent une attirance pour une forme de sexualité, alors que dans la réalité, les passages à l'acte exhibitionnistes tendent vers une autre forme d'excitation sexuelle. Par exemple, plusieurs exhibitionnistes s'exhibent exclusivement devant des mineurs, mais lorsqu'on les questionne au sujet de la pornographie consommée ou de leur objet d'excitation sexuelle, ils se rapportent à un rapport sexuel classique entre un homme et une femme, adultes.

4.1.4. Analyser son comportement :

L'ensemble de ces éléments suggèrent alors que le regard qu'ils portent sur eux-mêmes est altéré et qu'ils font souvent face à une absence de compréhension de leur propre fonctionnement, générant alors une probable difficulté pour intégrer les codes sociaux et déterminer des relations interpersonnelles adaptées. Il en résulte une incapacité à analyser correctement leur comportement exhibitionniste et d'en donner une explication ou un sens.

Patient 5 : « je pense depuis que j'ai 10 ans, l'âge de 10 ans, j'ai toujours essayé d'analyser pour comprendre et essayer de lutter. Non je n'ai pas d'explication, je n'ai jamais trouvé le pourquoi, ça aurait été trop beau je trouve »

4.2. Le regard au centre des contradictions :

4.2.1. Une haute estime de soi : son propre regard sur soi

On constate que l'ensemble des participants présentent une bonne estime d'eux-mêmes. En effet, lorsqu'on leur demande de se caractériser, systématiquement ce sont des adjectifs mélioratifs qui sont rapportés : « gentil », « ouvert », « curieux », « méticuleux », « spontané », « calme ». Le seul adjectif pouvant être qualifié de négatif est « timide » cité en majorité. De plus, 8 participants ont rapporté aimer leurs corps, 7 ont dit aimer leurs physiques. Concernant ce qu'ils pensent de leur sexe au repos ou en érection, tous ont exprimé une neutralité, en dehors de 3 participants rapportant une définition positive. Cette haute estime de soi contraste avec leurs difficultés générales à se définir eux-mêmes en tant qu'individu. C'est pourquoi il est

retrouvé l'idée générale que faire attention à son image correspond à se respecter soi-même et que le regard posé sur l'individu sera positif, en miroir.

Patient 1 : « J'aime pas être trop gras ni quoi que ce soit, c'est une question de respect pour soi, je fais attention de ce côté-là »

4.2.2. Importance du regard des autres :

Onze patients ont rapporté accorder une forte importance aux regards des autres et aimer plaire. Un seul exhibitionniste est resté ambivalent, décrivant qu'il souhaiterait plaire mais qu'il n'accorde pas d'importance aux regards des autres. Cette constatation traduit le fait qu'il existe une importance particulière accordée à la présentation, à l'image de soi renvoyée à l'autre et surtout au regard que l'autre posera sur soi. Malgré cela, on constate que, dans l'ensemble, ils sont en difficulté pour se positionner lorsqu'on les interroge sur la manière dont les autres les perçoivent.

Patient 11 : « j'étais quand même directeur d'hôtel avant j'étais directeur dans la restauration donc il fallait avoir une bonne présentation, il fallait montrer l'exemple pour les collaborateurs, il fallait être au top quoi au niveau propreté, moi je suis très à cheval sur la propreté. Je laisse rien passer et voilà, j'étais toujours en costume cravate depuis l'âge de 14 ans donc oui »

Patient 5 « j'aimerais que les autres me décrivent comme je viens de vous le dire à peu de chose près, après ce qu'ils en pensent, ce qu'ils peuvent dire sur moi je ne sais pas, je n'en sais rien »

4.2.3. Importance du regard mais absence de considération pour la victime : le regard de la victime

Les participants rapportent une importance accordée au regard de soi-même sur l'autre. Ils se décrivent comme ouverts, tournés vers l'autre. L'accent est mis sur la prise en considération de l'autre par le regard. Ils se décrivent comme empathiques, ayant globalement une bonne lecture émotionnelle de l'autre.

Patient 1 : « puis j'étais très curieux de pleins de connaissances (...) savoir écouter c'est aussi être ouvert et puis avoir un peu d'empathie. De l'empathie pour les gens qui avaient une blessure comme moi quoi, je le ressentais »

En miroir, ils recherchent à attirer le regard de l'autre sur soi, montrer son sexe en est un moyen simple. Ce qu'ils soulignent c'est l'importance d'obtenir une réaction quelle qu'elle soit, d'éveiller la curiosité, de déclencher la surprise voir de choquer.

Patient 10 : « Le plus gros coup que j'ai fait c'était au bois de Boulogne... un groupe de jeune fille qui est arrivé... elles étaient une cinquantaine...je me suis déshabillé complètement, je me suis mis nu, j'ai commencé à me masturber et là j'ai eu droit à tout. Toutes les insultes machin, il y en a d'autres qui ont éclaté de rire et d'autres qui ont regardé jusqu'à la fin, une dizaine qui ont regardé jusqu'à la fin »

La contradiction réside dans le fait qu'ils sont tous dans l'incapacité de décrire la réaction suscitée chez l'autre. Plusieurs expliquent même, ne pas avoir vu la réaction de la victime. En fait, ils regardent l'autre mais ils ne le voient pas. Ils cherchent une compréhension dans le regard de l'autre, à se comprendre soi-même et à être compris.

Patient 2 : « Non parce que je l'ai pas vu, il y a que elle qui m'a vu apparemment »

Patient 3 : « Ma foi, elle a été... Elle regardait, elle regardait, elle donnait pas d'impression plus que ça mais à plusieurs reprises elle regardait. Pas avec insistance, mais régulièrement elle regardait, voilà »

Patient 5 : « au terme d'une exhibition je suis incapable de dire comment a réagi la personne qui a été sujette à l'exhibition »

Les réactions négatives telles que le rejet ou le dégoût sont impensables pour certains exhibitionnistes. Une minorité interprète même des réactions comme étant des ouvertures à aller plus loin dans la relation. L'important semble être l'obtention d'une réaction de la part de la victime.

Patient 1 : « Déjà de la surprise, de la, certaines de la peur certainement, la répulsion non, mais surprise, peur oui. Etonnement. Dégoût je pense pas mais... Recul je veux dire... Après il y en a eu qui étaient plus compréhensives que d'autres, c'est des personnes qui ont aussi fait leur chemin dans la vie.... »

Patient 3 : « Je suis allé de outrés le plus possible, c'est grave, jusqu'à celle qui a regardé qui m'a fait voir que ouais, elle me voyait et qui était intéressée »

Il existe en fait une incapacité à se mettre à la place de la victime et une difficulté à considérer que le passage à l'acte puisse générer des conséquences négatives chez elle. Ce manque d'empathie est à mettre en lien avec les pensées permissives, correspondant au fait de ne pas être un individu dangereux pour l'autre. Plus le trouble exhibitionniste est minimisé moins ils expriment de considération pour la victime. Certains n'ont même jamais réfléchi à la possibilité d'un impact sur la victime.

Patient 10 : « Qu'elle soit choquée, mais qu'il y ait des conséquences j'y crois pas beaucoup parce que ça a toujours été des femmes adultes, des femmes mûres donc j'y crois pas beaucoup »

Discussion

Interprétation des résultats

Cette étude permet de mieux comprendre l'expérience subjective vécue par les patients exhibitionnistes, et ainsi, de mieux appréhender les processus cognitifs impliqués dans les passages à l'acte. On constate qu'ils vivent le trouble comme s'il s'agissait d'une addiction comportementale. Lorsque les patients de l'échantillon expliquent leurs passages à l'acte, ils décrivent les mêmes étapes que dans l'addiction comportementale, avec : une envie irrésistible de réaliser le comportement, l'impossibilité de contrôler le comportement, la poursuite du comportement malgré les conséquences négatives, la nécessité d'augmenter la fréquence de ce comportement pour en ressentir les mêmes effets, un temps important consacré à ce comportement, une souffrance significative et une altération de leur fonctionnement. Le mécanisme pulsionnel et incontrôlable avait déjà été relevé dans la littérature (24).

En effet, ils décrivent la mise en place d'un schéma répétitif, s'installant de manière insidieuse et se maintenant dans le temps avec un besoin de majoration de la fréquence malgré les conséquences délétères que cela peut générer. Les sensations décrites sont similaires à un craving avec une envie irrésistible de réaliser le comportement, une majoration de la sthénicité avant la réalisation du comportement, puis la libération de cette tension interne lors de sa mise en œuvre. Lors des premiers passages à l'acte, il peut exister des bénéfices immédiats, comme un sentiment de plaisir ou de soulagement, poussant à reproduire le comportement. Il a été rapporté dans les suites une répétition du comportement et des prises de risque de plus en plus importantes, avec absence de prise en compte des éventuelles conséquences négatives, faisant naître un sentiment grandissant de toute puissance. Progressivement, la volonté de maîtriser le comportement est dépassé, et ce, malgré l'apparition de conséquences négatives, à moyen ou long terme. Le sujet est emprisonné dans sa propre ambivalence, entre la volonté irrésistible de recommencer et la volonté de refreiner ses pulsions. L'exhibitionnisme est alors une forme de rumination égodystonique, envahissant la sphère psychique, prenant une place prépondérante dans la vie du sujet et entravant son fonctionnement. Le comportement est décrit comme de plus en plus incontrôlable malgré les efforts mis en place pour le mettre à distance. Ces individus expriment une grande souffrance avec des conséquences délétères telles qu'une auto dévalorisation importante, un fléchissement de l'humeur avec parfois des épisodes dépressifs et des idées suicidaires. Cette vulnérabilité psychiatrique vis-à-vis, notamment, des

troubles dépressifs et des idéations suicidaires a déjà relevée dans la littérature (24). On ne met pas en évidence dans notre échantillon, cependant, de trouble anxieux constitué comme dans les études précédemment réalisées. Dans cette étude, les comorbidités psychiatriques sont identifiées surtout comme une conséquence du trouble.

Le trouble exhibitionniste naît progressivement chez ces individus présentant une vulnérabilité. On met en lumière qu'il s'agit d'individus initialement en souffrance qui vont chercher à répondre aux émotions négatives par la sexualité. Cette entrée dans la paraphilie est similaire à celle des troubles addictifs puisque c'est la détresse émotionnelle qui pousse à rechercher une solution de décharge immédiate.

Plusieurs études suggèrent un lien étroit entre hypersexualité et trouble exhibitionniste (12,48,50). Turner et al (48), qui classent cependant ces deux troubles dans la catégories des troubles du spectre obsessionnel compulsif, du fait des pulsions sexuelles incontrôlables. De plus, la littérature souligne qu'il existerait une association entre les consommations importantes de pornographie, une forte activité masturbatoire et les fantasmes exhibitionnistes dans la population générale (13). Notre étude rejoint ces constatations, les sujets de l'étude présentent des symptômes d'hypersexualité puisque 11 patients sur 12 obtiennent des résultats supérieurs à 10 à l'échelle de CARNES, ce qui correspond à 91,66 % de notre échantillon qui présente des symptômes d'addiction au sexe. Il semblerait que la consommation de sexe dérive progressivement avec une repousse des limites sexuelles jusqu'à atteindre la perversion. Ils décrivent une frustration sexuelle et un besoin grandissant de stimulation pour obtenir une excitation et un plaisir sexuel suffisant. L'exhibitionnisme est initialement perçu comme un jeu permettant le maintien de leur excitation. Abel et al(4) avaient émis l'hypothèse que la fréquence des exhibitions pourraient dépasser 500 exhibitions par individu, comme c'est le cas pour au moins 3 de nos patients selon déclaration. On peut formuler l'hypothèse que le trouble exhibitionniste est étroitement lié à un trouble compulsif du comportement sexuel, c'est-à-dire une forme d'hypersexualité. Ces deux troubles pourraient s'inscrire dans un mécanisme addictif. Il est intéressant également de noter que sur notre échantillon, 7 patients sur 12 ont déclaré des consommations chroniques d'un ou de plusieurs toxiques au cours de leurs vie, 2 d'entre eux rapportant être actuellement sevrés. Cette constatation suggère que les exhibitionnistes pourraient présenter une vulnérabilité addictologique.

De nombreux biais cognitifs ont été relevés chez les participants de l'étude. Ces biais se développent tout au long de la vie de l'individu et prennent naissance dans l'absence

d'éducation sexuelle alors même que le trouble commence à l'adolescence pour la majorité de ceux-ci. Les patients de l'étude soulignent qu'une absence totale d'information ne permet pas à l'individu de se construire avec des règles claires. Une exposition à la sexualité inadaptée, à l'âge de développement sexuel de l'enfant, génère, à l'inverse, un flou concernant ce qui est admis ou non et ne permet pas d'intégrer les limites normales en matière de sexualité. Les traumatismes sexuels lorsqu'ils sont présents peuvent venir renforcer ces méconnaissances. Les exhibitionnistes identifient ces facteurs indépendants de leur volonté comme étant les causes extrinsèques à l'origine du développement du trouble. C'est en réalité de l'absence d'intégration d'un schéma sexuel normatif que va résulter les premières pensées permissives à l'origine des premiers passages à l'acte. Ces pensées autorisent l'exhibitionnisme, le définissant comme étant un jeu autorisé, ni grave, ni dangereux.

Au cours de leur existence, ils sont ensuite confrontés à une société qui expose des images de corps ou qui tolère l'accès à celles-ci. Du fait de l'absence d'intégration des règles tacites dans l'enfance, naît une confusion entre l'exhibitionnisme, la nudité, la sexualité. Leur regard hypersexualise alors les objets qu'ils voient, la nudité assimilée à l'exhibition est, pour eux, inscrite dans une normalité. Ces biais cognitifs renforcent les pensées permissives, consistant à considérer que l'exhibitionnisme est autorisé puisque la société accepte la nudité dans les médias ou sur les réseaux sociaux. De cette confusion naît pour eux un sentiment d'incompréhension envers cette société paradoxale qui les condamne. Chez ces patients c'est un véritable vécu d'injustice qui s'installe. Ces biais cognitifs sont au service d'une minimisation du trouble exhibitionniste et d'un rejet de leur responsabilité. La problématique est renvoyée vers la société et les individus qui la composent qui ne les comprennent pas.

Une fois le trouble installé, celui-ci est décrit par les exhibitionnistes de l'étude comme une maladie correspondant à une addiction. Ils décrivent un mécanisme pulsionnel incontrôlable. Cette considération place alors le trouble exhibitionniste comme étant lui-même une cause intrinsèque des passages à l'acte. Les patients rejettent une fois de plus leur responsabilité en se déterminant, non pas comme auteur d'une infraction, mais comme victime d'une maladie. Ces idées permettent une réduction de la culpabilité et est un élément facilitateur du passage à l'acte.

Le développement, au cours du temps, des pensées permissives, va permettre l'installation et l'entretien du trouble tout en déresponsabilisant les exhibitionnistes. Toute remise en question ou auto-critique est alors impossible. L'individu s'emprisonne lui-même dans un schéma qu'il ne comprend pas et qu'il reproduit.

Les participants mettent au centre de la relation le regard. Celui-ci est décrit comme particulièrement important. L'interprétation du regard de l'autre leur permet de sortir d'un rôle passif pour devenir acteur de la relation, entamant dans un premier temps un échange, un dialogue. Le sens qui est donné à ce regard est une supposition de l'intention que l'autre leur porte et va entraîner en conséquence un comportement, parfois inadapté du fait d'une mauvaise interprétation. Ce mode de fonctionnement chez ces patients traduit l'absence d'intégration des codes sociaux et la maladresse dont ils peuvent faire preuve dans les relations interpersonnelles. Le rôle du regard est détourné par l'auteur de l'acte exhibitionniste. De cette manière, le regard devient ensuite pour eux, le facteur déclenchant du passage à l'acte. L'exhibitionnisme devient un moyen comme un autre d'établir une relation et de partager quelque chose. Ils décrivent une volonté de capter ce regard par l'exposition de leurs organes génitaux. Leur souhait est d'être vu, regardé par les autres pour faire passer un message. Ces patients expriment un mal-être à travers leur geste, cherchant un regard approbateur, de compréhension pour réparer une fragilité narcissique déjà existante et s'affirmer en tant qu'individu. Cette analyse rejoint l'hypothèse de Delteil et al (38) correspondant à la recherche d'une satisfaction sur le plan narcissique. Il semble qu'ils cherchent dans le regard de l'autre des réponses à leur propres questionnement sur eux et leurs agirs. L'exhibitionnisme prend la forme d'une quette, pour se comprendre un peu plus soi-même et pour se faire comprendre par l'autre. L'exhibition devient une recherche inconsciente de réponses, un message adressé à l'autre pour lequel ils n'ont pas les mots.

Cette étude a permis de relever de nombreuses incohérences dans le discours de ces patients. Il semble que leur capacité d'introspection soit limitée. En effet, Il existe une confusion dans leur esprit lorsqu'il s'agit de s'auto-analyser. On remarque que beaucoup de réponses sont paradoxales lorsqu'ils se décrivent en terme de personnalité ou lorsqu'ils tentent d'expliquer leur sexualité et leurs comportements exhibitionnistes. Ils ne peuvent se définir qu'en se montrant nu à l'autre, l'exhibition pourrait constituer en une forme d'autobiographie pour le sujet. De même, l'identification et la gestion émotionnelle est difficile pour ces individus.

Bien qu'ils verbalisent parfois avoir des regrets, la victime n'est pas prise en compte. Ils mettent en avant l'importance du regard de l'autre sur soi et de la considération du regard de l'autre. Cependant, ils sont systématiquement incapables de décrire les réactions des victimes ou de faire preuve d'empathie à leur égard. Ce qui renvoie au fait que l'important est d'obtenir une réaction, quelle qu'elle soit. Ces éléments rejoignent les théories évoquées par Tuch (18) qui émet l'hypothèse que le but est d'obtenir une réaction, sans prendre en compte la possibilité

d'une réaction de rejet, alors même que les études précédemment réalisées retrouvent en majorité des réactions négatives chez les victimes (10,16). Qu'une victime puisse avoir une réaction très négative ou qu'il puisse y avoir des conséquences délétères est impensable, puisque ce n'est pas le but recherché par l'auteur. La relation interpersonnelle est instrumentalisée inconsciemment par ces exhibitionnistes. Freud parlait de perversion de l'interaction (37). Il s'installe, effectivement, une perversion de l'échange avec un détournement du rôle de la victime qui est réduite à l'état d'objet sexuel, au profit d'une satisfaction immédiate.

Cette absence d'analyse correcte d'eux-mêmes, de leur victime, de leur geste empêche la compréhension du trouble ou d'en formuler une critique constructive. Cette constatation soulève l'hypothèse que l'incompréhension qui en naît aggrave la détresse psychique du patient, ne lui permettant pas de mettre en place des stratégies adaptées pour enrayer le trouble exhibitionniste.

Limites de notre étude

Notre étude utilise une méthode qualitative qui permet de faire émerger des pistes de compréhension et de réflexion. La taille réduite de l'échantillon de l'étude ne diminue pas sa validité externe. Cette étude ne permet cependant pas une généralisation des résultats.

Un possible biais est lié au manque d'expérience de l'examineur puisqu'il s'agissait de sa première étude avec ce type de design. Cependant, l'auto-documentation et une recherche exhaustive sur le sujet a été réalisée afin d'essayer d'enrayer ce biais.

Il s'agit d'une étude unicentrique, les patients ayant été recrutés uniquement sur le CRIAVS au CHU de Montpellier, qui sont donc des patients déjà pris en charge par des professionnels de santé, des psychologues ou des psychiatres. Leur vécu subjectif a pu évoluer par le suivi déjà en place. L'inclusion de patient naïf de traitement qu'il soit psychothérapeutique ou médicamenteux pourrait moduler les résultats. Il s'agit de patients déjà interpellés par la justice, ce qui pourrait également supposer qu'il s'agit de patients dont le trouble est plus grave, avec des prises de risque plus grandes. Une étude multicentrique étendue à d'autres régions ou d'autres lieux, comme des patients en détention ou au contraire n'ayant jamais eu affaire à la justice pourrait également nuancer les résultats.

Nous nous basons sur les dires de patients, de nombreuses données objectives peuvent être erronées en raison du biais de désirabilité sociale, par exemple le nombre d'exhibitions déclarées, les données sur les potentielles autres paraphilies associées. La consultation des

dossiers judiciaires pourrait être intéressante pour compléter notre analyse. Les questionnements concernant la sphère sexuelle de l'individu, un sentiment de gêne a pu altérer certaines réponses. Le fait que l'examineur soit une femme inconnue alors que l'ensemble des participants sont des hommes a pu avoir une influence dans les déclarations.

La restitution des données aux participants n'a pas encore été effectuée, ce qui ne permet pas d'augmenter la validité interne de notre étude.

Forces de notre étude

Notre étude est originale, car il n'y a, à notre connaissance, aucune autre étude ayant exploré l'expérience vécue par les exhibitionnistes eux-mêmes. La méthode qualitative était la plus pertinente au vu de la question posée, les entretiens individuels ont permis la libre expression de ces patients. Effectivement, une étude quantitative réduisant les résultats exclusivement à des variables transformées en pourcentages et statistiques n'aurait pas permis de comprendre les nuances du vécu subjectif et de saisir les dynamiques de mise en œuvre du trouble.

Cette étude a été menée en respectant une rigueur méthodologique, en utilisant les critères COREQ (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research), correspondant aux critères de qualité d'un travail de recherche qualitatif (Annexe III). Le principe de saturation des données a été respecté. L'inclusion des patients a été interrompue lorsque les entretiens ne permettaient plus de faire émerger d'idée nouvelle. L'ensemble des entretiens ont été retranscrits mot à mot par l'examineur, sans utilisation de logiciel de retranscription, pour être le plus fidèle possible aux déclarations. La double analyse des verbatim est une force de notre étude. Elle permet de limiter l'analyse subjective d'un seul examineur.

L'échantillon de l'étude est représentatif de la population exhibitionniste, en effet il s'agit d'une population totalement masculine dont les caractéristiques socio-démographiques sont variées. Nous avons recruté un panel large de patients qui en étaient manifestement à des stades différents d'évolution de leur trouble. En effet, bien que certains ont déclaré s'exhiber un nombre non quantifiable de fois, d'autres ont déclaré moins de 3 expériences exhibitionnistes et une préoccupation pour l'exhibition beaucoup plus récente. Comme dans les populations précédemment étudiées ils sont majoritairement célibataires et hétérosexuels (24). On note également, comme dans la littérature(29), l'association à d'autres paraphilies, notamment la pédophilie qui n'est pas rare, comme dans cet échantillon puisque cela concerne la moitié des participants. De plus, les victimes correspondent aux caractéristiques de la littérature, c'est-à-

dire majoritairement des femmes (7,17), inconnues (10). Les lieux d'exhibition sont variables (7,9,16) et la moitié environ ont lieu dans un espace public (17).

Tous les patients à qui nous avons présenté l'étude ont accepté de participer. Ils ont tous répondu à l'ensemble des questions posés par l'examineur et aucun n'a abandonné l'étude en cours de réalisation.

Implication clinique et perspective

Cette étude a permis l'identification de biais cognitifs jusqu'alors inexplorés. Elle pourrait permettre d'orienter les intervenants dans la prise en charge auprès de ses patients en définissant des axes de travail avec eux. L'exploration globale de la vie sexuelle de l'individu avec, notamment, l'entrée en sexualité, la sexualité dans la famille, les antécédents victimaires ou de passages à l'acte, la quantité de sexe consommé paraît indispensable dès le début de la prise en charge. Le patient pourra alors être amené à réfléchir sur la place de la sexualité dans sa vie et sur le lien qui existe avec la naissance du trouble. Une hypersexualité devrait être recherchée et prise en charge également puisqu'elle aggrave la paraphilie. Ces explorations permettront de mieux cerner la sévérité du trouble pour déterminer quels traitements peuvent être proposés, ce qui renvoie au diagramme de Thibault et al (60). Les antidépresseurs ou les freinateurs de libido pourraient être proposés plus régulièrement, en fonction du profil de patient.

Il est également intéressant d'explorer si les notions de consentement, de limites morales ou judiciaires sont intégrées ainsi que les raisons de l'existence de ces limites. La recherche de biais cognitifs au service d'une minimisation du trouble et de l'entretien du comportement semble être l'un des points centraux à travailler avec le patient. L'identification des émotions et leur gestion, à la recherche de stratégie adaptée en cas de pulsion ou de mal-être pourrait être proposée. Il semble pertinent d'amener le patient à une compréhension de ces mécanismes dans un premier temps. Une psychothérapie alliant thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive, entretien motivationnel, selon le patient, pourrait l'accompagner vers la rémission. Les comorbidités psychiatriques telles qu'une décompensation, notamment dysthymique, doivent être évaluées et traitées en priorité le cas échéant.

A la lumière de ces éléments, les recherches devraient se poursuivre afin de créer une échelle d'évaluation clinique spécifique de ces patients dans un but d'amélioration des prises en charges. Les éléments déjà cités comme la sexualité globale de l'individu, les comorbidités, les distorsions cognitives, l'identification des émotions, seront à inclure dans celle-ci.

Conclusion

Cette étude qualitative portant sur le vécu subjectif des patients exhibitionnistes permet de mieux comprendre les processus cognitifs impliqués dans l'installation et la pérennisation du trouble. En effet, il a été identifié des mécanismes proches des mécanismes retrouvés dans les addictions comportementales, se mettant en place chez un individu vulnérable, déjà en souffrance. C'est un mécanisme de défense de sa propre intégrité psychique, qui va, en fait aggraver les problématiques déjà existantes et renforcer sa vulnérabilité du fait des conséquences négatives. Cette addiction se met en place sur un fond d'hypersexualité déjà présente. La recherche de stimulation sexuelle, d'excitation sexuelle, de consommation de sexe débouche progressivement vers l'exhibition qui est perçue comme un jeu autorisé.

Les patients de l'échantillon ont développé des pensées permissives au cours de leur vie, suite à différents événements de vie. Ces facteurs extérieurs sont identifiés comme le point de naissance du trouble par les exhibitionnistes. Ces pensées permissives sont renforcées lorsque le trouble est installé et que la maladie est désignée comme étant elle-même l'une des causes des passages à l'acte puisqu'elle est décrite comme une succession de pulsions incontrôlables. Ces différents schémas de pensées ont tendance à déresponsabiliser l'individu, permettant ainsi l'enkystement du trouble.

Les participants ont identifié le regard comme le déclencheur du passage à l'acte, faisant, en fait, de lui l'enjeu réel de l'exhibitionnisme. La perversion s'installe par le détournement du rôle du regard de l'autre, utilisée pour faire passer un message et pour réparer une faille narcissique. Celui qui regarde est réduit à l'état d'objet sexualisé, voué à aider l'exhibitionniste dans sa quête de compréhension de lui-même. Ce fonctionnement ne laissant pas de place à la naissance d'empathie ou d'une remise en question de soi-même.

En plus des différents biais cognitifs relevés, il a été retrouvé une faible introspection chez ces individus ce qui va limiter leur propre compréhension des mécanismes sous-jacents, à l'origine de l'exhibitionnisme. L'incompréhension renforce la souffrance de ces patients et ne leur permet pas d'élaborer des stratégies adaptées pour combattre leur trouble.

A la lumière de ces éléments, il pourrait donc être bénéfique de s'atteler à identifier avec chaque patient quelles sont les pensées permissives et les biais cognitifs présents pour amener le patient à une prise de conscience des mécanismes cognitifs en jeu pour ainsi développer des stratégies nouvelles pour faire face au trouble. Dans les cas où le mécanisme addictif semble être au cœur de la problématique, une prise en charge axée sur des entretiens motivationnels pourrait aider le patient dans son processus de rémission.

Bibliographie

1. Janssen DF. "Exhibitionism": Historical Note. *Arch Sex Behav.* janv 2020;49(1):41-6.
2. Långström N. The DSM Diagnostic Criteria for Exhibitionism, Voyeurism, and Frotteurism. *Arch Sex Behav.* avr 2010;39(2):317-24.
3. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction.
4. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1988;16(2):153-68.
5. Seeman MV. Portrait of an Exhibitionist. *Psychiatr Q.* déc 2020;91(4):1249-63.
6. Cox DJ. Incidence and nature of male genital exposure behavior as reported by college women. *J Sex Res.* janv 1988;24(1):227-34.
7. Clark SK, Jeglic EL, Calkins C, Tatar JR. More Than a Nuisance: The Prevalence and Consequences of Frotteurism and Exhibitionism. *Sex Abuse.* févr 2016;28(1):3-19.
8. Rueda P, Ferragut M, Cerezo MV, Ortiz-Tallo M. Child Sexual Abuse in Mexican Women: Type of Experience, Age, Perpetrator, and Disclosure. *Int J Environ Res Public Health.* 28 juin 2021;18(13):6931.
9. Choi B, Kim I, Lee GY, Kim S, Kim SH, Lee JG, et al. Estimated prevalence and impact of the experience of becoming a victim of exhibitionism and frotteurism in Korea: A general population based study. *Crim Behav Ment Health.* juin 2020;30(2-3):132-40.
10. Szumski F, Kasparek K. Encountering an Exhibitionist: The Female Victim's Perspective. *J Sex Res.* 12 juin 2020;57(5):610-23.
11. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, Jaffé PD, Laederach J, Mounoud RL, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl.* août 1999;23(8):779-90.
12. Castellini G, Rellini AH, Appignanesi C, Pinucci I, Fattorini M, Grano E, et al. Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *J Sex Med.* 1 sept 2018;15(9):1322-35.
13. Långström N, Seto MC. Exhibitionistic and Voyeuristic Behavior in a Swedish National Population Survey. *Arch Sex Behav.* août 2006;35(4):427-35.
14. Freund K, Seto MC. Preferential rape in the theory of courtship disorder. *Arch Sex Behav.* oct 1998;27(5):433-43.

15. Riordan S. Indecent exposure: The impact upon the victim's fear of sexual crime. *J Forensic Psychiatry*. sept 1999;10(2):309-16.
16. Mueller-Johnson K, Eisner MP, Obsuth I. Sexual Victimization of Youth With a Physical Disability: An Examination of Prevalence Rates, and Risk and Protective Factors. *J Interpers Violence*. nov 2014;29(17):3180-206.
17. Bader SM, Schoeneman-Morris KA, Scalora MJ, Casady TK. Exhibitionism: Findings From a Midwestern Police Contact Sample. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. juin 2008;52(3):270-9.
18. Tuch RH. Unravelling the riddle of exhibitionism: a lesson in the power tactics of perverse interpersonal relationships. *Int J Psychoanal*. févr 2008;89(1):143-60.
19. Seto MC. The Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending. *Sex Abuse J Res Treat*. févr 2019;31(1):3-24.
20. Lindsay WR, Marshall I, Neilson C, Quinn K, Smith AH. The treatment of men with a learning disability convicted of exhibitionism. *Res Dev Disabil*. 1998;19(4):295-316.
21. Henri Ey. *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer. 1950. Etude N°12 Exhibitionnisme.
22. Lameyre X. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. John Libbey Eurotext. 2001. (Des infractions sexuelles : les mots du droit pénal français pour dire ces maux).
23. Bonnet G. *Voir Etre vu, Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. 2005. 480 p. (Bibliothèque de psychanalyse).
24. Grant JE. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in males with exhibitionism. *J Clin Psychiatry*. nov 2005;66(11):1367-71.
25. Perrot M, Bénony H, Chahraoui K, Juif C. Étude des tendances dysfonctionnelles de la personnalité chez des auteurs d'infractions sexuelles. *L'Encéphale*. oct 2014;40(5):366-72.
26. Saunders EB, Awad GA. Male adolescent sexual offenders: exhibitionism and obscene phone calls. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1991;21(3):169-78.
27. Lee JKP, Jackson HJ, Pattison P, Ward T. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse Negl*. janv 2002;26(1):73-92.
28. Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the Paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. juin 2014;37(2):149-61.
29. Freund K, Scher H, Hucker S. The courtship disorders. *Arch Sex Behav*. oct 1983;12(5):369-79.

30. Berah EF, Myers RG. The offense records of a sample of convicted exhibitionists. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1983;11(4):365-9.
31. Firestone P, Kingston DA, Wexler A, Bradford JM. Long-term follow-up of exhibitionists: psychological, phallometric, and offense characteristics. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(3):349-59.
32. Greenberg SRR, Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM. Prediction of recidivism in exhibitionists: psychological, phallometric, and offense factors. *Sex Abuse J Res Treat*. oct 2002;14(4):329-47.
33. Sugarman P, Dumughn C, Saad K, Hinder S, Bluglass R. Dangerousness in exhibitionists. *J Forensic Psychiatry*. sept 1994;5(2):287-96.
34. Eher R, Hofer S, Buchgeher A, Domany S, Turner D, Olver ME. The Predictive Properties of Psychiatric Diagnoses, Dynamic Risk and Dynamic Risk Change Assessed by the VRS-SO in Forensically Admitted and Released Sexual Offenders. *Front Psychiatry*. 8 janv 2020;10:922.
35. Baur E, Forsman M, Santtila P, Johansson A, Sandnabba K, Långström N. Paraphilic Sexual Interests and Sexually Coercive Behavior: A Population-Based Twin Study. *Arch Sex Behav*. juill 2016;45(5):1163-72.
36. Chan HC (Oliver), Bearegard E. Non-Homicidal and Homicidal Sexual Offenders: Prevalence of Maladaptive Personality Traits and Paraphilic Behaviors. *J Interpers Violence*. août 2016;31(13):2259-90.
37. Freud S. Métaphysique. In: *Pulsions et destins des pulsions*. 1915.
38. Delteil P., Bailly-Salin P., Josselin F. Aspect clinique et psychopathologique de l'exhibitionnisme. In: *Evolution psychiatrique*. 1971. p. p 13-30.
39. Marshall WL, Payne K, Barbaree HE, Eccles A. Exhibitionists: sexual preferences for exposing. *Behav Res Ther*. 1991;29(1):37-40.
40. Seto MC, Kuban M. Criterion-related validity of a phallometric test for paraphilic rape and sadism. *Behav Res Ther*. févr 1996;34(2):175-83.
41. Fedora O, Reddon JR, Yeudall LT. Stimuli eliciting sexual arousal in genital exhibitionists: A possible clinical application. *Arch Sex Behav*. oct 1986;15(5):417-27.
42. Marshall WL. Phallometric Assessments of Sexual Interests: An Update. *Curr Psychiatry Rep*. janv 2014;16(1):428.
43. Marshall WL, Fernandez YM. Sexual preferences. *Aggress Violent Behav*. mars 2003;8(2):131-43.

44. Seto MC, Curry S, Dawson SJ, Bradford JMW, Chivers ML. Concordance of Paraphilic Interests and Behaviors. *J Sex Res.* 4 mai 2021;58(4):424-37.
45. Curnoe S, Langevin R. Personality and deviant sexual fantasies: An examination of the MMPIs of sex offenders. *J Clin Psychol.* juill 2002;58(7):803-15.
46. Dandescu A, Wolfe R. Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists. *Sex Abuse J Res Treat.* oct 2003;15(4):297-305.
47. Molen LV, Ronis ST, Benoit AA. Paraphilic Interests Versus Behaviors: Factors that Distinguish Individuals Who Act on Paraphilic Interests From Individuals Who Refrain. *Sex Abuse J Res Treat.* 14 juin 2022;10790632221108949.
48. Turner D, Briken P, Grubbs J, Malandain L, Mestre-Bach G, Potenza MN, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines on the assessment and pharmacological treatment of compulsive sexual behaviour disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 31 déc 2022;24(1):10-69.
49. Engel J, Veit M, Sinke C, Heitland I, Kneer J, Hillemacher T, et al. Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study. *J Clin Med.* 30 janv 2019;8(2):157.
50. Långström N, Hanson RK. High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav.* févr 2006;35(1):37-52.
51. Thomas AG, Stone B, Bennett P, Stewart-Williams S, Kennair LEO. Sex Differences in Voyeuristic and Exhibitionistic Interests: Exploring the Mediating Roles of Sociosexuality and Sexual Compulsivity from an Evolutionary Perspective. *Arch Sex Behav.* juill 2021;50(5):2151-62.
52. Zencius A, Wesolowski MD, Burke WH, Hough S. Managing hypersexual disorders in brain-injured clients. *Brain Inj.* 1990;4(2):175-81.
53. Spinella M. Clinical Case Report: HYPERSEXUALITY AND DYSEXECUTIVE SYNDROME AFTER A THALAMIC INFARCT. *Int J Neurosci.* janv 2004;114(12):1581-90.
54. Mondon K, Beaufils E, Marqué A, de Toffol B, Constans T, Hommet C. A case report of exhibitionist behaviour revealing unsuspected Huntington's disease: a pitfall in forensic medicine. *J Forensic Leg Med.* oct 2008;15(7):467-8.
55. Gabison-Hermann D, Pelletier A, Taleb M, Bouleau JH. Dysfonctionnement des lobes temporaux et tableau psychiatrique atypique : à propos d'un cas. *L'Encéphale.* oct 2009;35(5):491-5.

56. Marshall WL, Marshall LE. Psychological Treatment of the Paraphilias: a Review and an Appraisal of Effectiveness. *Curr Psychiatry Rep.* juin 2015;17(6):47.
57. Marshall WL, Eccles A, Barbaree HE. The treatment of exhibitionists: a focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behav Res Ther.* 1991;29(2):129-35.
58. Maletzky BM, Steinhauser C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif.* avr 2002;26(2):123-47.
59. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2012;49(4):297-305.
60. Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JMW, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2 juill 2020;21(6):412-90.
61. Delarue, JM. et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge. In.
62. Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(4):525-32.
63. Rousseau L, Couture M, Dupont A, Labrie F, Couture N. Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mai 1990;35(4):338-41.
64. Saleh F. A Hypersexual Paraphilic Patient Treated with Leuprolide Acetate: A Single Case Report. *J Sex Marital Ther.* oct 2005;31(5):433-44.
65. Bianchi MD. Fluoxetine treatment of exhibitionism. *Am J Psychiatry.* août 1990;147(8):1089-90.
66. Casals-Ariet C, Cullen K. Exhibitionism treated with clomipramine. *Am J Psychiatry.* août 1993;150(8):1273-4.
67. Abouesh A, Clayton A. Compulsive voyeurism and exhibitionism: a clinical response to paroxetine. *Arch Sex Behav.* févr 1999;28(1):23-30.
68. Terao T, Nakamura J. Exhibitionism and low-dose trazodone treatment. *Hum Psychopharmacol.* juill 2000;15(5):347-9.

69. Visdómine-Lozano JC. Contextualist Perspectives in the Treatment of Antisocial Behaviors and Offending: A Comparative Review of FAP, ACT, DBT, and MDT. *Trauma Violence Abuse*. janv 2022;23(1):241-54.
70. Richer M, Crismon ML. Pharmacotherapy of sexual offenders. *Ann Pharmacother*. mars 1993;27(3):316-20.
71. Rea JA, Dixon MR, Zettle RD, Wright KL. The Development of In Vivo Measures to Assess the Impact of Sex-Drive Reducing Medications in an Offender with an Intellectual Disability. *Arch Sex Behav*. avr 2017;46(3):843-59.
72. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004858.
73. Langevin R, Paitich D, Hucker S, Newman S, Ramsay G, Pope S, et al. The effect of assertiveness training, provera and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. déc 1979;10(4):275-82.
74. Meyer WJ, Cole C, Emory E. Depo provera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1992;20(3):249-59.
75. Gagné M D. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *Am J Psychiatry*. mai 1981;138(5):644-6.
76. Laschet U, Laschet L. Psychopharmacotherapy of Sex Offenders with Cyproterone Acetate. *Pharmacopsychiatry*. mars 1971;4(02):99-104.
77. Rösler A, Witztum E. Treatment of Men with Paraphilia with a Long-Acting Analogue of Gonadotropin-Releasing Hormone. *N Engl J Med*. 12 févr 1998;338(7):416-22.
78. Krueger RB, Kaplan MS. [No title found]. *Arch Sex Behav*. 2001;30(4):409-22.
79. Koo KC, Ahn JH, Hong SJ, Lee JW, Chung BH. Effects of Chemical Castration on Sex Offenders in Relation to the Kinetics of Serum Testosterone Recovery: Implications for Dosing Schedule. *J Sex Med*. mai 2014;11(5):1316-24.
80. Langevin R. Acceptance and Completion of Treatment Among Sex Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. août 2006;50(4):402-17.
81. Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 18 févr 2015 [cité 4 mars 2023]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007989.pub2>

82. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encéphale*. avr 2012;38(2):133-40.
83. Greenberg DM. Sexual recidivism in sex offenders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juin 1998;43(5):459-65.
84. Fuss J, Briken P, Klein V. Gender bias in clinicians' pathologization of atypical sexuality: a randomized controlled trial with mental health professionals. *Sci Rep*. 27 févr 2018;8(1):3715.
85. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Res Monogr*. 1993;137:123-46.
86. Johnston L, Ward T. Social cognition and sexual offending: A theoretical framework. *Sex Abuse J Res Treat*. janv 1996;8(1):55-80.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

1-Les représentations collectives et personnelles du phénomène
<ul style="list-style-type: none">- Aujourd'hui la société met en avant l'importance de la santé sexuelle pour l'épanouissement personnel. Qu'est-ce que vous en pensez ?- Lorsque l'on parle d'exhibitionnisme qu'est-ce qu'il vous vient à l'esprit ?- Que pensez-vous de l'exhibition ? Est-ce que vous pensez que c'est un trait de personnalité, une maladie, une faute morale, un jeu ?- Pour vous que cherche à faire une personne qui s'exhibe ?- Trouvez-vous que la société est trop pudique ? Si oui, pourquoi ?
2- Réflexivité sur soi par rapport à la personnalité
<ul style="list-style-type: none">- Comment décririez-vous votre caractère ? Est-ce que les autres vous décriraient autrement ? Est-ce que cela a toujours été le cas ?- Etes-vous une personne impulsive, aimez-vous faire des surprises ?- Comment vous faites-vous des amis ? Comment entretenez-vous en relation avec quelqu'un ? Etes-vous très sociable ou avez-vous besoin d'une relation extrêmement particulière et unique avec quelqu'un ?- Quelle est la qualité du lien d'attachement avec votre famille ?- Arrivez-vous facilement à repérer les émotions que vous ressentez ? Et les émotions des autres ?- Que faites-vous pour vous apaiser quand vous vous sentez mal/tendu/anxieux... ?- Est-ce que le regard des autres est important pour vous ? Aimez-vous plaire ?
3-Reflexivité sur soi par rapport au corps et à la sexualité
<ul style="list-style-type: none">- Aimez-vous votre physique ?- Comment faites-vous pour draguer ? pour faciliter la rencontre ?- Que représente pour vous la nudité ? Est-ce que la nudité vous provoque une émotion ? Laquelle ?- Aimez-vous être nu chez vous, à quel moment, pourquoi ?- Aimerez-vous qu'à certains endroits on puisse être nu avec d'autres personnes ? où ça ?- Aimez-vous votre corps ? Comment trouvez-vous votre sexe en érection et au repos ?- Qu'est-ce qui vous excite sexuellement parlant, quels sont vos fantasmes ? Quel type de porno regardez-vous ?- Que pensez-vous du porno exhibitionniste/voyeuriste? Pensez-vous que beaucoup de personnes regarde ce type de porno ?- Pensez-vous que votre sexualité a été influencée par un événement, ou une personne ? A quel moment et par qui ?- Avez-vous déjà vu quelqu'un s'exhiber ? à quel âge ? Qui est cette personne ? Quelle a été votre sentiment, émotion ?- Quelqu'un vous a-t-il raconté son exhibition ? Ou le plaisir qu'il a pu prendre à s'exhiber ?
4- Exploration de l'expérience vécue de l'exhibition
<p><u>Souvenez-vous de votre première exhibition</u> : <i>prenez votre temps, fermez les yeux, essayez de vous remémorer la scène) cette exhibition peut prendre différentes formes, dans votre enfance, adolescence, avec votre famille, des moments où vous étiez nu peut être ? La pratique du naturisme ?</i></p> <p>...</p> <ul style="list-style-type: none">- Quel âge aviez-vous ?- Où cela s'est-il passé ?- Quel était le contexte dans les jours, les mois qui ont précédé le passage à l'acte?- Quelle émotion avez-vous ressentie ?- Etiez-vous en érection, vous êtes-vous masturbé ?

- Comment avez-vous procédé en pratique : pourriez-vous me décrire votre acte d'exhibition à partir du moment où vous pensez à le faire et comment ça se déroule ensuite, comment vous procédez pour vous « mettre en scène » ?

- Devant qui vous êtes-vous exhibé ?
- Vous souvenez vous de la réaction de cette personne ?
- Une fois l'acte terminé qu'avez-vous ressenti ?
- Aviez-vous le sentiment que vous recommenceriez ?
- Aviez-vous la notion de l'illégalité ?

Souvenez-vous maintenant de votre dernière exhibition :

- Quel âge aviez-vous ?
- Où cela s'est-il passé ?
- Quel était le contexte dans les jours, les mois qui ont précédé le passage à l'acte? Y a-t-il eu un évènement, une émotion ou un sentiment particulier ?
- Quelle émotion avez-vous ressentie ?
- Etiez-vous en érection, vous êtes-vous masturbé ?
- Comment avez-vous procédé en pratique ?
- Devant qui vous êtes-vous exhibé ?
- Vous souvenez vous de la réaction de cette personne ?
- Une fois l'acte terminé qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous pensé de vous ?
- Est-ce que vous pensiez aux problèmes judiciaires (avant-pendant-après) ?

- Entre la première et la dernière exhibition : les autres étaient-elles différentes ? Y a-t-il eu une évolution dans la manière de vous exhiber, selon vous à quoi cela est-il dû ?
- Selon vous quel est le motif et/ou l'objectif de vos passages à l'acte ?
- Quel est votre part de responsabilité dans l'exhibition ? Est-ce que c'est plus fort que vous ?
- Vous est-il arrivé de pouvoir refreiner une pulsion ?
- Selon vous qu'a pu ressentir la personne devant laquelle vous vous êtes exhibé ? Est-ce différent si c'est un adulte ou un enfant?
- Comment évaluer l'impact pour la victime de votre exhibition ? Quelles sont les conséquences pour les victimes ?
- Que pensent vos proches de vos exhibitions ?
- Vous sentez vous victime ?
- Que pensez-vous des peines judiciaires lors de faits d'exhibition ?

5. exploration de l'évolution en terme d'addiction

- Avez-vous l'habitude de consommer des toxiques ? Quelles sont vos consommations actuelles ou passées ?
- Aujourd'hui, est-ce que l'exhibition est devenue une habitude ? Quelle en est la fréquence ?
- Globalement retirez-vous un bénéfice de l'exhibition? Ou au contraire cela vous dérange-t-il dans votre vie ou sur l'image que vous avez de vous ?
- Comment vivez-vous l'exhibition au quotidien ? Est-ce que vous y pensez constamment? Cela vous empêche-t-il de faire certaines choses en société ou cela a-t-il causé des désagréments, des conséquences au quotidien?
- Vous est-il arrivé d'avoir pris la décision d'arrêter ?
- Aujourd'hui à quel stade en êtes-vous par rapport à vos résolutions ?
- Que faudrait-il pour que vous vous arrêtiez ? Est-ce que vous pensez que ce serait souhaitable ?
- Pensez-vous que ce comportement a une influence ou a eu une influence sur votre santé en général ?

Annexe II : Test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes

Questions
<ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?3. Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?4. Etes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?5. Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?6. Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?7. Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?8. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?9. Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?10. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?11. Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?12. Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement de vos pratiques sexuelles ?13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?14. Vous êtes vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?15. Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?16. Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?17. Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?18. Vous êtes vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?19. Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?20. Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?21. Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?22. Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?23. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?24. Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?25. Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?
Résultats
<p>de 10 à 13 : symptômes atténués d'addiction sexuelle > à 13 : addiction sexuelle</p>

Annexe III : Critères COREQ de qualité d'une étude qualitative

A. Equipe de recherche et de réflexion
<ol style="list-style-type: none">1. Quel auteur a mené l'entretien individuel ou le focus group ?2. Titres académiques du chercheur ?3. Activité au moment de l'étude ?4. Homme ou femme ?5. Quelle expérience ou formation du chercheur ?6. Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant l'étude ?7. Que savaient les participants au sujet du chercheur (objectifs personnels, motifs de la recherche)8. Caractéristiques signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (biais, hypothèses, motivations, intérêts pour le sujet)
B. Conception de l'étude
<ol style="list-style-type: none">9. Quelle orientation méthodologique a été déclarée (théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)10. Échantillonnage (comment ont été sélectionnés les participants ? Échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, effet boule de neige)11. Comment ont été contactés les participants ? Face à face, téléphone, courriel12. Combien de participants ont été inclus ?13. Combien ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?14. Où les données ont-elles été recueillies ?15. D'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?16. Caractéristiques démographiques et date de l'échantillon ?17. Guide d'entretien fourni par l'auteur ? Questions ? Amorces ? Testé au préalable ?18. Entretiens répétés ? Si oui combien de fois ?19. Utilisation d'un enregistrement audio, visuel ?20. Prise de notes de terrain pendant et/ou après l'entretien ?21. Durée des entretiens ?22. Seuil de saturation discuté ?23. Retranscription d'entretiens retournée aux participants pour commentaire et/ou correction ?
C. Analyse et résultats
<ol style="list-style-type: none">24. Combien de personnes ont codé les données ?25. Description de l'arbre de codage ?26. Thèmes identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?27. Quel logiciel utilisé pour gérer les données ?28. Retour des participants sur les résultats N29. Citations utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation identifiée (numéro de participant) ?30. Cohérence entre les données présentées et les résultats ?31. Clarté des thèmes principaux dans les résultats ?32. Clarté des thèmes secondaires : discussion des cas particuliers ou discussion des thèmes secondaires ?

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Contexte : L'examen approfondi de la littérature retrouve peu d'études et une faible connaissance concernant le trouble exhibitionniste. L'absence d'information sur les processus cognitifs impliqués dans la naissance et l'enkystement du trouble entraîne une faible connaissance sur celui-ci.

Objectif : Mieux comprendre les processus cognitifs impliqués dans le passage à l'acte en recueillant l'expérience des patients, afin de proposer des pistes de réflexion pour améliorer la compréhension et la prise en charge du trouble.

Méthode : Des entretiens ont été réalisés auprès de 12 exhibitionnistes en utilisant un guide d'entretien semi-structuré. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits afin d'analyser le verbatim selon une approche phénoménologique de type sémio-pragmatique.

Résultats : L'exhibitionnisme présente des processus proches d'une addiction comportementale, survenant chez un individu en souffrance. Le développement du trouble est influencé par la présence de pensées permissives et de biais cognitifs qui trouvent leur naissance dans le parcours de vie du patient, au service d'un rejet de sa responsabilité. Le regard est fondamental, il est détourné par une interprétation et devient le support de l'expression d'une souffrance pour l'individu. De nombreux paradoxes ont été relevés et mettent en évidence d'une part une faible introspection chez ces sujets et d'autre part une faible capacité d'empathie à l'égard des victimes.

Conclusion : Les patients exhibitionnistes, par le partage de leurs expériences, ont permis de mettre en lumière des processus cognitifs proches d'une addiction et des biais cognitifs importants qui devraient être au centre de la prise en charge psychothérapeutique.

Mots clefs : *Exhibitionnisme, Trouble exhibitionniste, Auteurs de violence sexuelle, Passage à l'acte sexuel, Approche qualitative phénoménologique, Processus cognitif, Distorsions cognitives*